

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Amandine BOINEL et Marie MEYER

Le 13 OCTOBRE 2022

Comment certains médecins généralistes ont-ils réussi à intégrer la question des violences
dans leur pratique ?

Étude qualitative auprès de 10 médecins généralistes d'Occitanie.

Directrice de thèse : Pr Motoko DELAHAYE

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Madame la Professeur Motoko DELAHAYE

Assesseur

Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA

Assesseur

Monsieur le Docteur David PIPONNIER

Assesseur



FACULTE DE SANTE

Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

Tableau des personnels HU de médecine

Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAULT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maleutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVALD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNESSET Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREELUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOUR-HASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugéna	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URD-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maleutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
P.U. Médecine générale	Professeur Associé de Médecine Générale
M. MESTHE Pierre	M. ABITTEBOUL Yves
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	M. BOYER Pierre
	M. CHICOUAA Bruno
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène
	Mme MALAVALD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol André	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VLIA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maitres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Mariette

Remerciements au Jury

Au président du jury :

Monsieur le Professeur MESTHE

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse, nous vous en sommes reconnaissantes. Merci également pour votre investissement auprès des internes de médecine générale. Au fil de vos enseignements, vous nous avez accompagnées vers une démarche réflexive qui s'illustre dans ce travail de thèse, ainsi que, nous l'espérons, dans notre exercice de la médecine générale. Nous vous prions de croire en l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur CHICOULAA

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury. Nous espérons que vous apprécierez la place prépondérante du réseau, surtout lors de l'accompagnement complexe d'une personne âgée dépendante et de ses aidants, et la réflexivité du médecin généraliste, dont l'importance ressort nettement des réflexions de ce travail. Nous vous prions de trouver ici l'expression de nos remerciements et notre sincère gratitude.

Monsieur le Docteur PIPONNIER

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et d'y apporter votre regard de médecin généraliste. Nous espérons que le parallèle avec une prise en charge addictologique, basée sur nos expériences balbutiantes en éducation thérapeutique, vous questionnera ou vous confortera dans vos réflexions de pratique quotidienne. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre directrice de thèse :

Madame le Professeur DELAHAYE, nous te remercions de nous avoir guidées dans ce travail de thèse, qui fut laborieux mais enrichissant pour toutes les deux, tant sur le plan personnel qu'intellectuel. Merci de nous avoir accueillies à heure tardive au cabinet pour revoir notre façon d'aborder ce travail, dans les grandes trames ou les petits détails, et pour refaire le monde ensemble à force d'anecdotes de consultation et de réflexions personnelles.

Remerciements personnels

Marie : A mes parents, qui m'ont toujours soutenue, et permis de faire ces études. A ma famille qui me suivait de loin, et aux Valentines pour la détente. A Célia, Phiphi et Fred, pour le blue blue ! Dédicace particulière à Fred pour l'externat à Marseille. A Olivier, Mylène (et au Connemara), et aux coeurs coeurs qui ont toujours été là pour mes délires et mes pleurs. A Marie et Marion, pour les soirées adolescentes. A Etienne et Claire pour cette super coloc' de Calmont, entre couture et vieille prune. A tout l'internat de Cahors pour l'été 2018. A Jeremy, Fred et Karen pour m'avoir fait respirer lorsque j'en avais bien besoin. A Mathilde, unies dans l'adversité ! A Raph et Ipso qui m'accueillent sur toutes mes astreintes pour que je puisse me reposer. A Livio qui sera toujours là pour me vanter (et oui Olivier, tu as un concurrent!). A Romain qui nous a fait de bonnes grillades, et appris à dessiner sur des logiciels de l'espace. A Cathy, pour la porte toujours ouverte. A Fred pour le dépaysement des Pyrénées et m'avoir fait retoucher un violon ! A Stéphane et Laurent qui m'ont ouvert de nouveaux horizons avec mes deux boules de poils. A Amandine, sans qui cette thèse n'aurait pas eu aussi bon goût, mais surtout pour ces fous rires, ces balades, et à qui je peux tout dire sans peur, qu'est-ce que j'aime ton cerf-volant ! A tous ceux que j'ai oubliés... Pardon ! Et enfin à Jonathan qui m'a emmenée en Guyane, et bientôt plus loin encore. Merci.

Amandine : A Maman, Bruno et Alex, qui m'ont soutenue jusqu'au bout. A mamie qui nous fait de bons rôtis. A Adèle, Maud et Zoé, pour toutes les soirées photos avec excès de sucre. A mes amies de maternelle retrouvées Léa et Elo qui m'ont soutenue. A Sarah et Thomas, les souvenirs de carnivals caennais et autres soirées seront toujours gravés (on avait dit pas de 50/50). A Jéjé et Manon qui viennent jouer, bricoler, parler de tout sauf de médecine (apprendre le chant des zozios et les épreintes de loutres) : ça fait du bien ! A J-F et Chris', merci de m'avoir intégré à la vie locale à force de convivialité et d'humour questionnable. A Titi, merci pour ton rire retentissant aux blagues débiles, ta disponibilité et ton écoute. A Flo, merci d'être notre maman bis. Aux belles rencontres de l'internat : Mathilde, Etienne, Claire et bien sûr Marie, sans qui ET avec qui j'aurais/j'ai pétié mille fois un plomb (pour mieux revenir à la charge après désamorçage) : merci de me comprendre et de t'adapter autant, je n'aurais pas pu avec n'importe qui, donc tu n'es pas n'importe qui. A Romain, qui me fait relativiser, me fait rire, et m'étonne encore après plus de 6 ans ensemble, et à notre p'tit bout que j'espère présent en forme (mais pas trop) pendant la soutenance.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES	1
TABLE DES ANNEXES	2
LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
MATERIEL ET METHODES	7
RESULTATS	11
A. La consultation autour des violences : comment se déroulait-elle ?	12
B. Comment a évolué le dépistage des MG ?	16
C. Quelles difficultés au dépistage ont été rencontrées et quels moyens existaient pour les contourner ?.....	19
D. Quelle prise en charge était proposée par les MG ?	24
E. Quels étaient les facteurs facilitants dans cette étude ?	31
F. Quelle perception avaient les MG de leur pratique actuelle ?	33
G. Quelle vision avaient les MG pour l'avenir ?	37
DISCUSSION.....	41
CONCLUSION.....	68
ANNEXES.....	69

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Modalités de contact des MG

Figure 2 : Conséquences comportementales et sanitaires de la violence selon l’OMS

Figure 3 : Violences conjugales : une asymétrie de pouvoir dans une relation abusive selon le RACGP

Figure 4 : Comment orienter par la MIPROF

Figure 5 : Parcours des MG dans la mise en place du dépistage des violences

Figure 6 : Illustration d’une démarche réflexive

Figure 7 : Proportion de pays dotés de lois visant à prévenir la violence et mesure dans laquelle les pays indiquent que ces lois sont pleinement mises en application (n = 133 pays) par l’OMS

Figure 8 : Application de la réflexivité dans le parcours de nos MG dans la mise en place du dépistage et la prise en charge des violences

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Annexe 3 : Talons sociologiques des MG interrogés

Annexe 4 : Fiche WAST traduite

Annexe 5 : Signes d'appel de violences chez la victime, selon l'OMS

Annexe 6 : Violentomètre

Annexe 7 : Freins et leviers

LISTE DES ABREVIATIONS

BITS test :	Brimade Insomnie Tabac Stress
CHRS :	Centre Régional d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIDFF :	Centre d'Information sur les Droits des Familles et des Femmes
CMP :	Centre Médico-psychologique
CRIP :	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
DPO :	Data Protection Officer (Délégué à la Protection des Données)
DU :	Diplôme Universitaire
DUMG :	Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse
EMDR :	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires)
HAS :	Haute Autorité de Santé
INED :	Institut National des Etudes Démographiques
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
MG :	Médecins Généralistes
MIPROF :	Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains
MSP :	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSU :	Maître de Stage Universitaire
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
RACGP :	Royal Australian College of General Practitioners (Collège Royal Australien des Médecins Généralistes)
RCP :	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
TAS :	Territoire d'Action Sociale
USPSTF :	United States Preventive Services Task Force
WAST :	Women Abuse Screening Tool

INTRODUCTION

Dans l'étude « Violences et santé 2010 » (1), la violence est définie par « toute situation d'atteinte à l'intégrité d'une personne, du fait d'une ou plusieurs autres personnes, qu'il s'agisse de la dégradation ou du vol d'un bien matériel appartenant à la victime, ou de la violence verbale, physique, sexuelle ou psychologique directement perpétrée à son encontre », rien ne présument de l'intentionnalité des actes en cause ni de leur gravité « objective » (1). Il n'y a donc pas UNE violence mais DES violences.

D'après un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2002 (2), les violences constituent l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde. En effet, elles sont l'une des principales causes de décès des 15-44 ans, hommes et femmes confondus ; et l'impact financier lié à leurs conséquences représente plusieurs milliards de dollars américains en termes de dépenses de santé (2).

Dans une étude de grande ampleur de l'Institut National d'Études Démographiques (INED) en 2001 (3), 1 femme sur 10 avait été victime de violences conjugales sur l'année précédente : un grand nombre d'entre elles révélait ces violences pour la première fois. En 2013, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) a recensé en France 2.2 millions de personnes entre 18 et 75 ans ayant subi des violences physiques ou sexuelles sur deux ans (4). Selon le Rapport de l'OMS de 2014 sur la prévention des violences dans le monde (5), il manquait de nombreuses données à l'échelle mondiale concernant les violences (données d'homicide à l'état civil, genre et âge des victimes, mécanisme de l'homicide etc..). Certains types de violence étaient délaissés tels que la maltraitance de l'enfant, la violence des jeunes et la maltraitance des personnes âgées (5).

Les violences sont donc fréquentes et graves et pourtant probablement sous-estimées.

Dans ce travail, nous distinguerons trois notions : dépistage, repérage, découverte.

Le **dépistage** est une démarche active souvent comprise dans un processus global. Il peut être réalisé de façon orientée ou ciblée suite à un repérage ou sur signes évocateurs d'une pathologie.

Le but du dépistage est de diagnostiquer une pathologie à un stade très précoce, afin de proposer une prise en charge adaptée, dans le but d'en améliorer le pronostic, comme le précise un article de la Revue médicale suisse de Gessous et Gaspoz (6).

Il est à différencier du **repérage**, souvent évoqué à tort comme synonyme du dépistage. Il s'agit de déterminer la place d'un élément de santé dans une réflexion de démarche de soins. Il peut s'agir de repérer des facteurs de vulnérabilité, ou facteurs de risque, qui guideront vers une démarche de dépistage.

La **découverte** n'est, par définition, pas une démarche active. Dans ce contexte, il s'agit du patient qui expose sa problématique de violence (souvent récente), l'enjeu principal se situant dans l'accompagnement et la prise en charge du patient.

L'intérêt du dépistage des violences est souligné - pour ce qui concerne les violences sexuelles - par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie dans son enquête de 2015 (7) ainsi que par la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes Victimes de violences (MIPROF) (8). La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande le caractère systématique du dépistage (9).

En effet, un dépistage des victimes permet la prise en charge précoce des nombreux troubles induits et réduit ainsi leurs conséquences. Le psycho traumatisme fréquemment provoqué par les violences conjugales ou sexuelles, comme le souligne un article du Dr Salmona (10) est significativement amélioré par une intervention psychothérapeutique : une méta analyse de 2014 (11), souligne la place importante de la thérapie comportementale dans l'amélioration clinique des syndromes de stress post-traumatique (12). La thérapie induit également une modification neuroanatomique notable (13).

Dans un rapport au ministère de la santé de 2001 (14) concernant les violences conjugales, Roger Henrion précise le rôle important du Médecin Généraliste (MG) dans le dépistage des victimes. Cependant les MG dépistent peu, par manque de connaissance, de formation, de temps, d'impact émotionnel et d'incertitude dans la prise en charge globale de ces victimes comme le souligne la thèse des Drs Boismain et Gaudin explorant ces freins (15).

Les violences remplissent donc les conditions justifiant un dépistage : elles sont fréquentes et ont des conséquences graves, comme en témoigne l'actualité récente (mouvement « me too », affaire Weinstein, affaire Kouchner...), et leur prise en charge psychothérapeutique est efficace.

Les freins au dépistage sont connus mais sa réalisation pratique reste floue pour un grand nombre de MG.

Les études portent souvent sur un type de violence en particulier (violences faites aux femmes, violences conjugales). Néanmoins, de par leur multiplicité et leur caractère fréquemment intriqué, les violences méritent un abord plus global. En effet, lorsque l'on aborde le sujet en consultation, on ne sait pas forcément le type de violence qu'a vécu la personne.

Nous nous intéressons donc ici aux façons d'aborder le sujet des violences en consultation de médecine générale, quelle que soit leur temporalité ou leur nature et chez tous les patients. Il s'agit d'explorer la démarche globale centrée patient du MG dans sa pratique quotidienne.

Nous avons souhaité nous intéresser aux MG exerçant un dépistage des violences et étudier leurs manières de faire, afin de développer des pistes objectives d'amélioration concrète concernant le dépistage des violences en Médecine Générale. Comment certains MG ont-ils réussi à intégrer la question des violences dans leur pratique ?

L'objectif principal de notre thèse est de déterminer comment certains Médecins Généralistes, impliqués dans la question des violences, l'abordent en consultation.

L'objectif secondaire est d'étudier le vécu de cette thématique par ces MG.

MATERIEL ET METHODES

A. La méthode

1. Choix de la méthode

Nous avons choisi la méthode qualitative, mieux adaptée à notre étude concernant les manières de dépister les violences en médecine générale. En effet, les études qualitatives permettent d'analyser et de comprendre différents phénomènes et comportements. Elle permet de faire naître des hypothèses auxquelles les chercheuses n'auraient pas pensé, ce qui est précisément le but de notre thèse : définir diverses manières d'aborder les violences en médecine générale.

La méthode qualitative permet également une évolutivité dans la trame de l'entretien, dépendante des données obtenues sur les entretiens précédents et de par les recherches bibliographiques.

2. Choix du mode d'entretien

Nous avons choisi un entretien individuel, de façon à éviter toute autocensure qui aurait pu survenir sur des entretiens de groupe, par exemple, et pour obtenir les réponses les plus réalistes et les plus exhaustives possibles. Le mode semi-dirigé nous a permis de laisser une liberté dans les réponses (ordre et développement).

3. Élaboration du guide d'entretien

Nous avons réalisé une recherche bibliographique explorant les freins au dépistage. Nous avons utilisé :

- Comme mots clés : “dépistage” ; “violences” ; “médecin généraliste”
- Comme moteurs de recherche : Medline via Pubmed, docteur.fr, Google scholar, Cochrane library, EM Premium.

- Comme limites : année de publication 2000 à 2022, langue française et anglaise, disponibilité gratuite en ligne.

Afin de construire le guide d'entretien, nous nous sommes basées sur les freins retrouvés dans la littérature : nous souhaitons explorer les stratagèmes mis en place par les MG impliqués dans ce dépistage, pour contourner ces freins.

Dans la première partie du guide d'entretien, nous expliquons brièvement le contexte de l'étude et interrogeons le MG sur ses caractéristiques personnelles (âge, durée depuis installation, patientèle, mode d'exercice et formations particulières) en guise de questions d'introduction.

La deuxième partie débute par une question d'ouverture où nous leur demandons de raconter une expérience de dépistage, positive ou négative. Puis elle comprend une approche chronologique du dépistage mis en place (avant : motivation, pendant : comment est réalisé le dépistage, après : ressenti, évolution et prise en charge).

Après analyse de chaque entretien, le guide d'entretien était réévalué.

Les diverses versions évolutives sont disponibles en Annexe 1.

4. Formations réalisées

Nous avons participé à plusieurs ateliers proposés par la faculté de médecine de Toulouse concernant la méthodologie qualitative, ainsi que de l'appui de deux livres conseillés par les formateurs : *L'Entretien* d'A.Blanchet et A.Gotman (16) et *Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer* 2ème édition de Christophe Lejeune (17).

B. Population d'étude

Le premier recrutement de MG s'est fait via les réseaux de prise en charge des victimes de violences. Dans un second temps, nous avons évolué par bouche-à-oreille, en diffusant à nos confrères et en appelant des cabinets médicaux.

Nous avons inclus tous les MG, installés en libéral, qui déclaraient mener un dépistage actif des violences en pratique courante.

Nous avons de ce fait exclu :

- Les MG ayant refusé de participer, ou ne nous ayant pas répondu,
- Les MG ne prenant en charge que des découvertes de violences, ne réalisant pas de dépistage actif courant des violences,
- Les MG non installés,

C. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé d'août 2020 à août 2021 par des entretiens semi-dirigés. Le premier entretien a été réalisé par les deux chercheuses, les autres par une seule : quatre par l'une et cinq par l'autre chercheuse.

Avant chaque entretien, nous donnions à lire et à signer une fiche de consentement décrivant les modalités de l'entretien, l'anonymat et le respect à tout moment d'une volonté de se retirer de l'étude (Annexe 2). Notre directrice de thèse n'a pas eu accès aux fichiers concernant l'identité des MG contactés et/ou recrutés.

Il a été complexe de solliciter les MG en pleine période d'incertitude liée à la pandémie du Coronavirus COVID-19, et malgré les réponses positives, nous n'avons pas réussi à recontacter les premiers MG volontaires. Nous avons fait le choix de mener nos entretiens en visioconférence, au moment du premier confinement (mars 2020) mais également lorsque la restriction de mobilité était appliquée, ce qui apportait l'avantage de l'enregistrement d'un langage non verbal. Nous avons utilisé l'application Zoom[®]. Nous avons effacé les vidéos après retranscription sur traitement de texte.

La retranscription se faisait dans les 24 à 72 heures suivant l'entretien afin de garder intacte la perception de certains éléments non verbaux et circonstanciels ainsi que du ressenti de l'entretien.

Les enregistrements vidéos des entretiens avant suppression étaient stockés dans un dossier sécurisé par mot de passe sur l'ordinateur de la chercheuse ayant réalisé l'entretien. Les retranscriptions ont été réalisées en retirant ou simplifiant les données pouvant permettre d'identifier les MG afin de respecter leur anonymat, et ont été stockées avec les fiches de consentement nominatives dans un dossier partagé entre les deux chercheuses (accès sécurisé par mot de passe complexe, limité aux seules chercheuses).

D. Analyse des données

Après chaque entretien, la chercheuse ayant réalisé l'entretien réalisait en plus de la retranscription une rédaction de ses impressions immédiates sur l'entretien réalisé.

Nous avons ensuite, chacune de notre côté, effectué le découpage des entretiens en petites unités de sens, afin d'y appliquer un codage. Nous avons hiérarchisé les codes dans un tableur partagé et sécurisé.

La mise en commun s'est réalisée alors afin d'analyser les verbatims/codage pertinents et de réaliser le classement des données. Nous avons effectué une analyse thématique cohérente avec la recherche de modèles explicatifs de pratiques.

E. Saturation des données

Au fur et à mesure des entretiens, une trame thématique et catégorielle a été formée, et à partir du 9^{ème} entretien, nous avons constaté une absence de nouvelle catégorisation, avec des idées assez proches de ce qui avait été déjà évoqué. Nous avons donc considéré que le 8^{ème} entretien parvenait à saturer les données, et l'avons confirmé via 2 autres entretiens.

F. Ethique

Nous avons sollicité la Commission éthique du Collège National des Généralistes Enseignants compte tenu du caractère potentiellement intime du thème de recherche, et afin d'autoriser une éventuelle publication. Nous avons reçu l'avis favorable N° 51120214 de la commission. L'objectif validé par la commission est : "L'abord des violences en consultation de médecine générale : quel est le vécu des MG ?", ce qui représente notre objectif secondaire.

Nous avons sollicité l'avis du Délégué à la protection des données (DPO) du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse (DUMG) ; nous avons obtenu un avis favorable de conformité à la norme CNIL MR004.

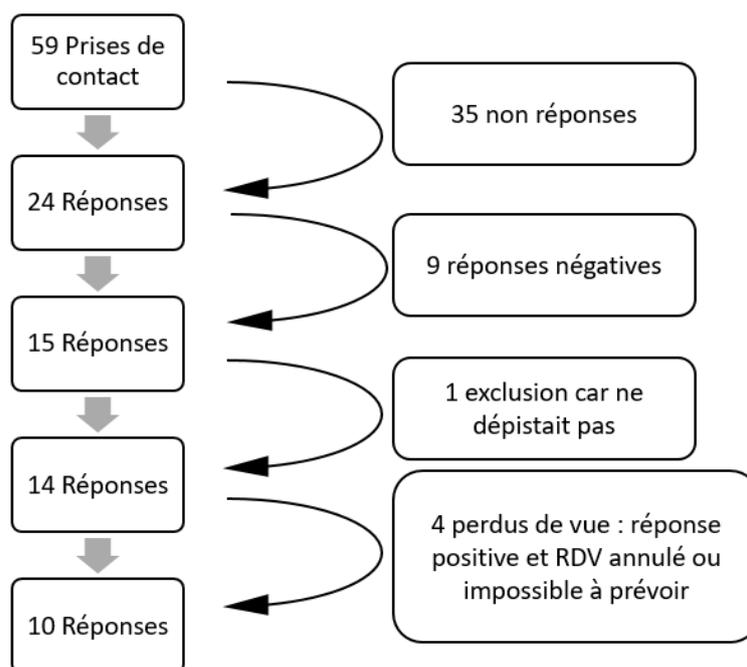
RESULTATS

Nous avons contacté les MG entre le 19/02/2020 et le 08/03/2021, soit directement, soit en passant par leur secrétariat.

Nous avons également contacté des associations, des structures locales et des groupes engagés sur des réseaux sociaux, mais cela ne nous a pas permis de contacter davantage de MG.

Figure 1 - Modalités de contact des MG

Mail seul (24)	59 Prises de contact :
Téléphone seul (13)	27 MG
Mail + téléphone (16)	1 PMI
Discussion (5)	6 MSP
Message réseau social (1)	25 associations



Les entretiens ont été réalisés entre le 13/08/2020 et le 17/08/2021, deux entretiens ont été réalisés au domicile des MG, deux en présentiel au cabinet médical et 6 en visio via l'application de téléconférence Zoom®.

Nous avons recruté 10 MG dont 4 hommes et 6 femmes, âgés de 29 à 61 ans. Leur ancienneté d'installation allait de moins d'un an à 32 ans. Ils étaient tous Maîtres de Stage Universitaire (MSU) ou en voie pour le devenir (Annexe 3).

A. La consultation autour des violences : comment se déroulait-elle ?

1. Comment les MG dépistaient-ils les violences ?

Les MG ont mis en place un dépistage systématique des violences de “tous les patients [qu’ils] rencontre[nt] pour la première fois” (E5).

Il était intégré au recueil des antécédents (“je leur demande s’ils boivent, s’ils fument, s’ils consomment des drogues, [...] “est-ce vous avez été victime ou témoin de violence ?”” (E5)), “sans insister plus que ça d’ailleurs, [...] dans un espèce de listing.” (E2).

La place dans l’interrogatoire semblait avoir son importance, un MG l’introduisait “juste après les antécédents familiaux, comme ça la personne repense à sa famille” (E8), mais d’autres MG le glissaient “dans le flux de la consultation” (E2).

L’examen clinique était un temps favorable au dépistage “Si tu mets la main sur le ventre et que tu demandes si tu dors bien, c’est pas la même chose que si tu demandes si tu dors bien en face à face” (E5), notamment en gynécologie où un MG donnait “le choix entre deux positions [...] et [...] demander comment se sont passés les premiers examens gynéco” (E5).

Des situations ou populations étaient plus particulièrement ciblées comme :

- Les enfants (“toujours aussi, pour les enfants” (E3)),
- Les femmes, notamment “lors des consultations gynécologiques” (E8),
- Les personnes en situation précaire (“sur le délit euh... de sale gueule [...] les immigrés, les situations sociales défavorisantes” (E1))
- Les victimes de certains types de violences, par exemple “les violences gynécologiques” (E5)

Un MG renouvelait le dépistage pour les enfants “une fois par an pour les certificats” (E3), un autre MG y pensait “avec les consults gynécos” (E9).

Certains MG avaient une question type (“c’est la même question pour tous” (E5)), d’autres non (“y a vraiment pas de méthode miracle” (E6)). Le dépistage était parfois adapté en fonction du patient, par exemple pour les enfants “je demande "comment ça se passe à l’école", "est-ce qu’ils ont des copains" [...] "est-ce qui y en a qui t’embêtent à l’école”” (E3).

Les mots clés employés par les MG étaient d’abord le terme “violences”, ainsi que :

- Exposé : “Est-ce que vous avez déjà été exposé à des violences ?” (E3)
- Subi : “Avez-vous déjà subi des violences ?” (E8)
- Victimes : “Est-ce que vous avez déjà été victime de violences ?” (E2)
- Souffrances pour un MG : “Est-ce que la personne juge qu’elle a été victime de souffrances” (E10)

Quelques MG détaillaient un peu plus les questions soit spontanément : “des violences physiques, psychologiques ou sexuelles dans l’enfance ou à l’âge adulte ? (E4), “des violences au travail, soit dans la famille ?” (E10) ; soit suite à une interrogation du patient ““Qu’est-ce que vous voulez dire ?”[...] et là j’ précise” (E7).

Des MG justifiaient toujours leur dépistage : “je leur explique que [ça] va avoir une incidence sur leur santé et que donc ça fait partie de leurs antécédents” (E5) alors que d’autres le faisaient seulement suite à un questionnement du patient (“Quand ils me posent la question “pourquoi ?” (E4)).

2. Comment les MG faisaient face à une suspicion ?

Les MG recherchaient également des violences devant des signes d’appel tels que des symptômes d’allure psychosomatique “eczéma, pso, verrue” (E1), “le traditionnel mal au ventre” (E5), “des douleurs chroniques” (E8), “des récurrences d’angoisse, des troubles du sommeil” (E3), ou des symptômes résistants aux thérapeutiques “[où] on a essayé plein de choses et où il faut qu’on aille chercher ailleurs” (E1).

Il pouvait aussi s’agir d’une simple intuition “ce sentiment [...] "Là il se passe quelque chose qui va pas”” (E2), guidée parfois par “[l’] impression non verbale, ce qui compte c’est pas ce que tu me dis avec ta bouche” (E5).

Certains MG évoquaient d'autres situations d'alerte, telles que "des IVG [Interruptions Volontaires de Grossesse] à répétition" (E7), un défaut de suivi ("elle [était] connue des différents cabinets alentours, [...] à chaque fois pas de suivi" (E10)) ou des contextes évocateurs de violence ("tous les voyants au rouge" (E5)).

Parfois, la suspicion provenait de formulations du patient ("est-ce que je peux ne pas avoir de rapports ?" (E1)) ou de son attitude ("les gens qu'on trouve un peu agaçants" (E8), "les personnes qui sont [...] très excentriques[ou] très provoqué" (E2)). L'alerte pouvait également émaner de l'entourage du patient ("[les amies] soupçonnaient de la violence" (E8)) ou des professionnels de santé ("C'est les infirmières qui sont extrêmement alertantes" (E8)). Le repérage pouvait être facilité par la position de médecin de famille ("Comme on connaît les familles [...] on peut aussi [...] faire des repérages de situations" (E8)).

Suite à une suspicion, le moment et la manière de poser la question étaient importants ("Il faut réussir à la placer... Faut être fin..." (E5)), parfois en prévoyant de la poser lors d'une consultation ultérieure, seul avec le patient ("il faut quand même essayer d'se retrouver tous seuls" (E7)), l'important étant de " [ne] pas laisser passer la brèche" (E10).

Les MG adaptaient l'abord du sujet au patient et à sa fragilité ("quand ce sont des gens qui sont plutôt en souffrance, je leur dis pas "est-ce que vous êtes victime de violences" de but en blanc" (E6)).

Plusieurs MG utilisaient des questions détournées : ("la situation a l'air compliqué, comment vous faites pour gérer ?" (E7)), et volontairement ouvertes ("j'essaye de rester large" (E9)) afin de faciliter au maximum les réponses.

Ils pouvaient s'appuyer sur des impressions ("Je sens qu'elle est tendue, et puis je lui dis [...] en parlant d'autre chose [...] "ton transit est normal ?" et puis [...] "t'as jamais eu de violences ?" (E2)), ou en faisant le lien entre le psychologique et le somatique : ("c'est vrai que les poussées d'eczéma [...] c'est souvent associé à du stress [...] ça peut venir dans des situations de violences donc je me posais la question" (E1)).

Un MG précisait la question pour l'enfant : "D'lui d'mander [...] comment ça se passe à la maison, est-ce qu'il a reçu des coups, [...] est-ce qu'on lui a dit des choses méchantes, [...] est-ce que quelqu'un lui fait du mal quoi" (E7). Les MG insistaient parfois pour essayer d'obtenir une piste, malgré une réponse initiale négative : ("Et du coup oui vous êtes sûre, ça c' passe bien, alors que ce soit à la maison, au travail, avec vos amis.. y a rien, tout va bien ?" (E6)).

Certains MG ont développé des astuces comme de :

- Choisir “d’allonger un peu l’arrêt de travail” (E10) afin de bénéficier d’un temps supplémentaire pour explorer les violences,
- Revenir sur le sujet “en fin de consultation [...] "est-ce qu’y a quelque chose qui vous vient à l’esprit?"” (E8),
- Ne pas stigmatiser en donnant des exemples d’autres patients “Y a d’autres personnes qui vivent la même chose que vous, et qui du coup sont victimes de violences” (E6) ou en donnant des définitions globales “en le mettant sur "on sait que" [...] ça permet que la personne soit moins ciblée” (E1),
- S’appuyer sur les autres professionnels de santé “Bah des fois j’veis à la pêche aux informations [...] y a un suivi kiné [...] ça vaut l’coup d’aller chercher...” (E10),
- Un MG propose des supports différents comme un film, le violentomètre ou le site mémoire traumatique “pour leur faire un peu prendre conscience que quelqu’un vraiment veut leur nuire” (E8).

3. Comment les MG réagissaient-ils à la réponse des patients ?

Sur une première révélation, les MG avaient “tendance à les laisser parler un peu plus” (E7), considérant le moment opportun (“C’est le moment ! Tu bats le fer quand il est chaud ! [rires]” (E5)), quitte à prendre du retard (“là, tu vas te mettre une heure de retard, rien à foutre, t’avances” (E5)). L’accueil de cette parole se faisait avec bienveillance (“Accompagner dans ce flux verbal qu’il va y avoir et là il faut bien être en empathie” (E2)).

Les MG laissaient l’espace de parole au patient “Je m’arrête, je ne dis rien” (E2), en respectant sa temporalité “Est-ce que vous voulez m’en dire plus, ou est-ce que c’est pas le moment ?” (E3), et en leur proposant “d’en reparler une autre fois” (E4), prévoyant par exemple “un rendez-vous d’une demi-heure la semaine suivante” (E8). La notion de violence était inscrite dans le dossier par plusieurs MG (“J’m’en note et j’m’en dis que j’essaierai de reedemander à un autre moment quoi” (E9)).

Les MG essayaient de contextualiser les violences :

- En les caractérisant (“est-ce que c’est la [violence] psychologique, c’est plutôt physique ?” (E4)),

- En recherchant leur impact (“Ça va être de voir quelle implication ça a sur leur vie au final, quoi” (E7)) dont la notion d’urgence (“Est-ce qu’il y a un risque de mise en danger” (E10)),
- En déterminant s’il s’agissait d’une première révélation (“Est-ce que c’est la première fois qu’elles en parlent” (E7)),
- En recherchant l’existence de violences associées (“Est ce qui en a eu d’autres” (E4)),
- En appréhendant “ce qui a déjà été fait” (E3) sur le plan thérapeutique.

Suite à une réponse négative, les MG répondent simplement “J’dis "d’accord”” (E9).

B. Comment a évolué le dépistage des MG ?

Au début de leur pratique, les MG ne réalisaient pas le dépistage (“Je le faisais pas du tout”(E3)), notamment parce que le sujet ne faisait pas partie de la formation initiale (“On nous avait jamais parlé de ça” (E2)). Certains MG se retrouvaient parfois dans des situations complexes de révélations de violences (“elle a raconté spontanément [...] elle avait pas rendez-vous, elle a frappé à la porte.” (E3)). De plus, le fait de ne pas penser aux violences - “Tu penses "mésentente", tu penses "manque de communication”” (E2) - pouvait mener à une errance thérapeutique (“Y avait des troubles organiques. [...] p’t-être que je n’arrivais pas à les comprendre” (E2)).

Ces MG ont eu un sentiment de responsabilité suite à une situation particulière, qui les a guidés vers le dépistage. Cela pouvait être :

- Une expérience personnelle de violence (“moi j’l’ai vécu donc je sais ce que c’est [...] personne m’a aidée donc euh j’veux aider les autres” (E4)),
- La confrontation à des révélations (“A force d’être confronté, [...] t’orientes ta pratique” (E6)),
- La réalisation de l’importance du problème (“Quand tu penses que ça touche un gamin sur dix, tu te dis bon beh c’est bon c’est sûr euh je les dépiste pas moi, qu’est-ce que je fais pour aider ces gamins qui vivent un enfer au quotidien ?” (E7)),

- Un souci d'amélioration de pratique lors de discussions avec des pairs ("En fait, ce qu'ils disaient c'est : il faut poser la question" (E8)), ou encore avec "un interne [...] : "Mais tu poses pas la question, toi, systématiquement, des violences ? "" (E5),
- Un sentiment de réassurance suite à une formation : "C'est pas très compliqué à le dire, j'peux l'faire quoi" (E7).

Les MG se sont alors lancés dans le dépistage ("Fin j'me suis dit "mais comment moi j'pourrais faire" donc euh, j'ai essayé" (E4)). La difficulté principale qu'ils ont rencontrée était le manque de réseau ou de son utilisation : "Je déclenchais un feu d'artifice en ayant rien prévu derrière" (E8). Ils ont donc cherché à se former car ils ont "[été] confronté[s] à une situation où [ils n'ont] pas pu répondre" (E5).

Un des modes de formation était le partage d'expérience ("Comment ils faisaient, tout ça, pour voir" (E4)), parfois guidé par d'autres professions ("[la psychologue] nous a filé des p'tits livres, [pour nous aider] à aborder le sujet" (E7)). Ils se sont aussi appuyés sur la littérature grise ("beaucoup sur les blogs de médecins [...] y a pas mal de ressources internet" (E8)), et parfois même "à travers des romans" (E5). La formation initiale a servi de base ; les cours "qu'on a pu avoir à la fac" (E6), comme les stages ("j'ai été sensibilisé dès ce stage-là" (E10)). Certains MG ont suivi des formations par le biais d'organismes tels que le "CIDFF [Centre d'Information sur les Droits des Familles et des Femmes] sur les violences conjugales" (E5) ou encore "MG form" (E5). D'autres, moins spécifiques, ont aidé les médecins ; par exemple, des formations en éducation thérapeutique, en "communication non violente" (E4) ou sur l'IVG. Les recommandations étaient peu connues ("Je savais pas qu'il y avait des recommandations, pardon." (E5)) ou considérées comme incomplètes ("c'est nécessaire mais pas suffisant." (E6)).

Ces diverses formations ont permis aux MG de se lancer dans le dépistage ("la formation que j'avais eue m'a permis d'oser *insiste sur le "oser"* poser la question." (E2)), d'être plus "à l'aise, avec le sujet, et de moins en moins gauche" (E6), et ainsi de trouver leur manière de faire ("cette question me paraît être une bonne question je vais me la prendre" (E1)). Elles les ont aussi rendus plus sensibles aux divers types de violences et à leur fréquence ("On s rend compte que, beaucoup d'gens sont victimes de violences, qu'elles soient psychologiques, verbales etc, physiques" (E6)), à gérer la potentielle agressivité ("ça m'a aidée pour [...] plus écouter c'que derrière leur violence verbale ils pouvaient avoir" (E4)), et à mieux comprendre les victimes : "Des fois, des fictions, je pense que ça peut t'aider à rentrer dans ce que peut vivre la personne." (E5).

Ils se sont appropriés une méthode : “on la met à sa sauce à soi” (E5), qui a évolué avec leur pratique ; de par la patientèle rencontrée (“J’découvre un peu tout ça, violences faites au travail, violences aussi intraconjugales, de par la patientèle beaucoup plus jeune que j’dépiste” (E10)), ou par l’expérience accumulée (“ tu dis pas les choses de la même façon, tu ressens pas les choses de la même façon.” (E2)). Les MG dépistaient de plus en plus systématiquement avec le temps (“Alors je posais pas la question en systématique, c’est ma grosse évolution” (E5)). La manière de réagir face à la violence s’est aussi développée : “Avant je recueillais [...] les souffrances [...] un peu paralysée par cette empathie, alors que [...] maintenant j’ai compris qu[’]elle rendait pas forcément service” (E8), ainsi que l’attention aux signes d’appel : “Ca te laisse des impressions, ces consultations [...] plus le temps passe, plus... elles sont pas si mauvaises que ça” (E5). Des modifications pratiques ont aussi vu le jour telles que l’adaptation du cabinet “Réfléchir à la façon, le mobilier, c’est-à-dire la façon d’accueillir les gens, ça a changé” (E5), et le traçage de l’information (“Maintenant du coup je mets [beaucoup] plus [l’information des violences dans le dossier]” (E9)).

La place des violences dans la société a elle aussi évoluée. En effet, la violence était quotidienne et banalisée comme en témoignent “les films des années 40 [...] la violence c’était mais institutionnel !” (E7). L’évolution de la société, qui passe aussi par une évolution juridique (“on a pas l’droit d’taper nos enfants point barre” (E7)), nécessite tout de même un temps d’adaptation : “Y a toute une éducation de la population à revoir quoi” (E7).

Cette reconnaissance des violences dans la société a permis de lever un tabou de manière assez large (“vraiment dans les suites de me-too [...] tout le monde s’est senti touché par ça [...] comme ils pourraient être concernés par le tabac” (E7), “c’est dans les moeurs” (E3)). Cela se ressentait dans les consultations tant pour le médecin (“imprégnée d’la société tout simplement [...] dans ma pratique c’est euh, d’aborder les choses plus euh, de façon plus systématique” (E7)), que pour les victimes “qui se rendent compte qu’ils sont eux-mêmes victimes de violences quoi” (E6) et peuvent ainsi en parler “la parole qui s’libère de plus en plus” (E6). Certaines affaires ont rendu visible le sujet : “ça démocratise le fait que [...] y a pas un profil type de victime et un profil type d’agresseur” (E7) et ont résonné dans l’activité des soignants (“on ferme pas ces portes-là, on est plutôt ouverts même” (E4)) qui se sont intéressés au sujet (“j’veux faire du dépistage” (E10)), et se sentent “prêts à l’entendre” (E7).

C. Quelles difficultés au dépistage ont été rencontrées et quels moyens existaient pour les contourner ?

1. Quelles sont les difficultés au dépistage rencontrées par les MG ?

Certains MG évoquaient des difficultés à aborder le sujet des violences (“C'est pas si simple que ça en entretien” (E1)), en particulier avec certaines patientèles :

- Les patients connus : “t’as jamais posé la question...et le fait de revenir là-dessus, c’est un peu compliqué” (E7) voire proches, “on a toujours la peur de briser la relation amicale” (E3),
- Les enfants : “t’as le potentiel agresseur, ou témoin des agressions, ou victime aussi de l’agression avec toi” (E7),
- Les hommes : “La construction sociale généralement c’est les femmes qui sont victimes de violence, et moins souvent les hommes” (E6),
- Les personnes âgées et personnes dépendantes : “c’est des violences du quotidien, euh... qui passent inaperçues pour les soignants” (E3),
- Les personnes de culture différente : “Euh, surtout si ce sont des femmes et qu’elles sont voilées [...] cette vision à la sexualité [...] c’est toujours très délicat” (E6).

La peur des conséquences du dépistage a pu également entraver le dépistage de certains MG par exemple la possibilité de se tromper et le risque “de créer des conflits, des tensions” (E10), ou de perdre de vue les patients pour un MG, pour un autre de paraître intrusif : “C'est assez intime” (E4) et de choquer le patient en allant à l’encontre de ses attentes pour la consultation : “T'es venue là, t'es pas venue chez un psy, t'es pas venue pour aller déballer ta vie” (E1).

Cette crainte n’était pas forcément alimentée par une mauvaise expérience du MG : “ça peut être mal pris, de dépister les violences, [...] [ça t’est arrivé d’avoir un patient ou une patiente qui l’ait mal pris ?] Non” (E6).

D’autres difficultés à aborder le dépistage des violences résidaient dans l’absence de formation (“on a pas eu de formation là-dessus” (E7)), le défaut d’attention à la problématique (“au niveau des dépistages, j’ considère qu’on est pas bons en France” (E10)), et la culture médicale dressant

une dichotomie entre psychologique et physique : “On est très pénalisés par cet espèce de courant qui dit "ah mais c'est pas somatique, c'est psy, ah bah c'est bon hein..."” (E5). Un MG craignait de ne pas savoir gérer la situation en aval : “C'est ça l'angoisse quoi, se retrouver face à quelque chose que tu peux pas gérer” (E7).

Pour quelques MG, certaines consultations semblaient inadaptées à l'abord des violences, du fait de diverses raisons comme le motif : “La nana qui vient parce qu'elle a mal au genou” (E1), la présence de l'accompagnant chez l'enfant: “les parents sont toujours là” (E3), les couples “qui v'naient toujours à deux, bah j'ai pas dépisté” (E9) ou encore chez la personne âgée : “[l'aidant,] c'est ta seule source d'informations, et puis à un moment tu t'dis "Ah ouais mais ça s'trouve elle me raconte n'importe quoi”” (E7).

Certains MG ont ressenti des difficultés à creuser une piste, tout simplement pour savoir comment questionner (“J'avais ce sentiment [...] "Là il se passe quelque chose qui va pas", [...] mais je ne savais pas COMMENT y avoir accès.” (E2)).

La manière d'aborder le sujet était “un exercice de diplomatie entre guillemets où tu marches sur des œufs” (E6) et notamment face à un parent “sans être culpabilisant envers la personne qui s'rait auteur ou autrice de violences” (E6), ou quand le patient a déjà été interrogé par d'autres médecins : “J'vois que le côté souffrance psychologique avait déjà été abordé et refusé par la patiente...” (E10).

Certains préjugés pouvaient aussi poser problème : “j'y penserais pas [chez l'homme] sur des symptômes un peu atypiques ou des choses comme ça” (E9).

Les difficultés à faire verbaliser les patients pouvaient venir des patients eux-mêmes, du fait de plusieurs phénomènes :

- “Un sentiment de culpabilité, [...] "Si on me fait du mal, euh.. bah c'est que j'l'ai cherché...” (E10),
- “Un déni” (E6) des violences ou de leurs conséquences, ou une minimisation (“elle minimisait toujours, [mais son enfant] avait vraiment un gros retard de croissance” (E8)),
- Des violences trop anciennes : “c'était dans l'enfance, mais ça va et hop, ils passent à autre chose” (E9),

- Un milieu socio-culturel (“t’as des gens à 60 ans qu’ils t’avouent qu’ils ont été violés à 15 ans et... Et ils ont dû se taire” (E2)) ou familial (“Son père lui dit : "tu vas pas commencer à nous emmerder avec tes états d’âme"” (E5)) défavorable à la parole,
- Une peur de la victime vis-à-vis des conséquences en cas de révélation “elle sait que son père, il va aller prendre un flingue et aller le buter” (E5).

D’autres difficultés à faire verbaliser pouvaient être liées au médecin comme :

- Le caractère chronophage du dépistage : “Y a des questions que je pose quand je suis pas à la bourre et que je pose pas quand je suis à la bourre” (E1), surtout en cas de réponse positive “là je suis parti pour 15-20 min supplémentaires” (E6). La notion du temps était différemment perçue par les MG : “t’en as au moins pour une demi-heure” (E7), “ça double le temps de consult” (E9), “il faut prendre 45 min” (E6),
- Ne pas trouver la manière de faire verbaliser “À plusieurs occasions j’essaye [...] Je pose vraiment des questions et ...[haussement de sourcils] Rien ne se passe” (E2),
- Des conditions de consultation parfois inadéquates comme avec la présence d’un accompagnant “Généralement l’enfant de toute façon répond pas aux questions devant le parent” (E7), ou des consultations à rallonge “des fois c’est plus le blocage” (E1).

Il existe quelquefois une fermeture à la parole des victimes liées aux effets de la médiatisation (“Après de trop en médiatiser aussi [...] "toi tu dis ça parce que tout le monde en a parlé"” (E4)) ou de la part du médecin : “Souvent le médecin c’est pas qu’il peut rien faire, c’est qu’il a pas envie d’entendre” (E7).

La définition des violences par les patients représentait une difficulté pour plusieurs MG : “Tout va dépendre de ce que le patient va entendre comme violence” (E6). Elle peut varier selon le contexte socio-culturel “Enfin voilà, on est les privilégiés, on a eu accès à une éducation [...] mais c’est pas le cas de la majorité de la population” (E6) et générationnel “elles ont pas grandi dans la même ambiance que nous, les valeurs elles sont pas pareil’, et tu peux pas transposer” (E5).

Un frein au cheminement du patient était leur ambivalence :

- Sur la définition même de la violence, bien que le MG ait donné une référence (“J’leur dis "ben vous savez que ça, c’est considéré comme de la violence" [...] Et là après elle dit "Ah oui bon ben c’est..." mais elles non.” (E4)), cela s’expliquait par le fait que le

patient ignore souvent l'anormalité de sa situation : "on l'voit pas quand on est d'dans" (E4),

- Sur la notion de consentement ("Je suis quand même un peu obligée, [...] comme c'est mon mec" (E1)) ou sur les conséquences de violences : "une dame [...] qui le sait qu'elle est psychosomatique [...] "mais c'est de l'histoire ancienne" (E1),

Un MG évoquait les difficultés de certains professionnels de santé à définir les violences ("Les gens connaissaient pas bien la définition, même les professionnels" (E4)).

Au contraire du dépistage, gérer une révélation spontanée s'avérait plus complexe pour un MG : "des situations plus dures, plus rudes, plus urgentes, où y a plus de risques [...] la personne vient avec des attentes en fait" (E10). Le cloisonnement vie privée/vie professionnelle pouvait avoir un impact personnel pour un MG : "Ce monsieur, du coup, qui est venu me chercher des noises dans l'cabinet, une fois j'l'ai croisé en f'sant des courses, j'suis repartie aussi vite que j'l'avais vu, pour pas le croiser" (E8).

Cependant, la principale difficulté pour les MG résidait dans l'impact émotionnel ("C'est horrible à entendre" (E7)).

2. Comment les MG ont-ils contourné ces difficultés au dépistage ?

Pour lutter contre ces difficultés, certains MG ont réfléchi à des astuces : "L'idée de l'faire en systématique, [...] on se pose moins la question de quand le demander, comment le demander" (E9), un autre MG réalisait "[une mise] à jour [d]es antécédents en disant "j'ai pas eu le temps l'autre fois, au fait" (E10).

La sensibilisation des MG peut être renforcée par leurs formations, comme "dans le DU nouveau-né vulnérable" (E5).

Le fait d'être à l'aise avec le sujet passe :

- Par le temps : "au final, on devient de plus en plus à l'aise, avec le sujet, et de moins en moins gauche" (E6),
- Par les formations, qui ont "permis d'oser poser la question" (E2),

- Par la préparation psychologique des patients “Dès le début j’leur dis que je vais poser des questions sur tout” (E4), parfois de manière indirecte “Les p’tites affiches, les gens y pensent, ça questionne quoi” (E9),
- Par l’humour : ““Bon allez j’ai fini de faire mon flic, c’est bon maintenant je vous écoute”. Voilà, ça les fait rigoler [...] je relâche la pression” (E5),
- Par l’appropriation : “J’ai ma façon d’faire, j’me dis que faut pas qu’j’la change tous les quatre matins” (E10),
- Par le fait de se connaître “Et ce que je crois sincèrement c’est que tu vas faire avec ce que t’es” (E5) et d’appréhender ses limites : ““T’es un homme, ok, t’as des privilèges, ok, [...] et aborde les questions en ayant conscience de ton privilège”” (E6).

Il était aussi possible d’anticiper les difficultés, en prévoyant un temps de consultation maîtrisable (“même les créneaux d’urgence font 20 minutes” (E5)), et en sachant comment orienter le patient : “Comme quand tu annonces un cancer hein ! Tu sors la solution avec, sinon tu annonces pas” (E5).

Un MG travaillait en réseau pour faciliter l’accès à l’information : “j’ai mes yeux mes oreilles à domicile” (E5), comme pour confirmer une suspicion (“J’utilise souvent [une kiné de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle] pour voir ce qu’elle en pense aussi” (E10)).

Un MG déclarait que “pour désamorcer [la culpabilité des victimes], bah il faut qu’on aille chercher les informations” (E10) en essayant “d’être un p’tit peu plus euh, euh, empathique par rapport à tout ça, et un peu plus à l’écoute” (E6). Les MG privilégiaient un temps seul à seul avec le patient, surtout chez les enfants : “faire sortir le parent” (E7) sans que cela soit obligatoire : “je pense que c’est pas facile de se retrouver face à un adulte que tu connais pas” (E5) ; ou encore avec les couples (“Maintenant je prends plus d’office les couples ensemble” (E9)), parfois en usant d’astuces : “On profite d’être deux [médecins], pour mettre [l’auteur présumé] à l’écart, tu vois” (E5).

La question pouvait aussi être adaptée, ouverte, “pour que tout le monde puisse répondre” (E3), dans le but “[d’ouvrir] aussi aux événements de vie douloureux [...] j’ai une patiente [...] qui a perdu brutalement ses deux enfants [...] et en fait elle me l’a mis en antécédent d’violence du coup” (E8).

Certains MG considéraient qu’il fallait laisser le diagnostic des violences au patient (“tu peux pas transposer” (E5)), et se concentrer sur l’existence éventuelle d’un impact fonctionnel

(“C’est pas la nature de la violence qui compte mais c’est ce que ça provoque chez la personne” (E8)).

Le cloisonnement vie privée - vie professionnelle était considéré comme essentiel et gérable par un MG : “J’ai une attitude qui fait que... les gens ont bien compris [...] que ce qui se passe au cabinet, c’est complètement [séparé]” (E5). Pour un autre MG, la gestion des difficultés émotionnelles passait par un travail personnel préalable (“Faut [...] un minimum avoir travaillé dessus pour être capable de traiter ça chez les autres, quoi” (E7)) et le travail en équipe (“j’ai mes collègues, on a des réunions de debrief, on peut en parler, des trucs lourds” (E7)). Un MG considérait le dépistage comme un temps anticipable et maîtrisable y compris en cas de réponse positive : “tu vas être amené [...] à la revoir pour ça en fait, donc ça se fait plus en douceur, c’est moins violent [que la découverte]” (E10).

Enfin, respecter le secret médical nécessitait une attention particulière par exemple lorsque le MG soignait plusieurs personnes de la même famille (“Si c’est le cas d’une jeune fille euh... Si les grands parents m’en parlent moi j’ai pas à leur dire quoi que ce soit” (E2)).

D. Quelle prise en charge était proposée par les MG ?

1. Quelle démarche les MG adoptaient-ils ?

Les objectifs thérapeutiques étaient d’évaluer l’urgence de la situation et de protéger les victimes si nécessaire (“la première des choses, c’est, de les mettre en sécurité” (E6)) ; d’inciter le patient à agir (“J’ai dit "Mais là, il faut pas que tu laisses passer ça"” (E2)) en lui redonnant les rennes (“J’ai vraiment fait un gros renforcement, [...] sur les ressources internes, [...] leur redonner un peu de pouvoir” (E4)) et en leur faisant prendre du recul sur leurs émotions (“du fait de discuter et de dire que [...] c’est fréquent, qu’il faut pas que ça le soit [...] ça enlève un peu cette culpabilité” (E1)). Les MG tenaient à créer une alliance thérapeutique avec des objectifs définis ensemble (“J’ai demandé [...] comment elle voyait sa vie, quoi... c’est qu’elle voulait faire et [je lui ai dit] que j’étais capable de l’aider, s’il y avait besoin” (E9)) et en instaurant un suivi “pour pouvoir l’accompagner” (E10).

Pour les MG, la thérapeutique passait initialement par la libération de la parole : “déjà le fait qu’ils disent “oui” euh j’trouve que c’est déjà un premier pas” (E4) et par la définition du statut de victime, en tentant de “[les] amener à prendre conscience que c’est une violence et qu’en effet c’est pas normal” (E1). Cela impliquait d’expliquer les mécanismes sous-jacents, notamment “quand on est victime de violence, [...] notre représentation de ce qui est normal, pas normal, [...] est complètement déboussolée” (E8), et d’utiliser parfois des outils, comme “le violentomètre” (E8). Les MG pouvaient aussi mettre en évidence le lien entre les violences et les symptômes (“par rapport à son anxiété, à ses douleurs de ventre qui lui pourrissaient la vie et qui étaient en rapport, sans doute, avec quelque chose qui était bien caché au fond d’elle” (E2)).

Les MG avaient un rôle d’accompagnement et de suivi du patient (“C’est un accompagnement d’une maladie chronique [...] C’est pas en une consultation que tu vas régler le problème” (E2)). Ce suivi était instauré selon le rythme du patient : “Toutes les deux semaines [systématiquement] et euh, plus si y a une demande” (E6) ; parfois organisé grâce à des petites astuces : “je vais me faire un méli-mélo avec la cause organique pour essayer de les revoir” (E7) ; et sa progression enregistrée (“j’le note bien dans mon dossier” (E7)). Les MG avaient aussi un rôle de coordination, par exemple de “faire le lien entre la procédure judiciaire et administrative, le côté suivi médical, [les asso]” (E10).

Ces rôles découlaient de la position privilégiée du MG, qui a pu créer une relation unique avec le patient “c’est à toi qu’ils ont parlé, [...] on est pas interchangeables. [...] et il veut continuer avec moi [...] Comme si j’étais son garde-fou” (E5), ce qui entraînait un devoir de prise en charge qui “fait partie du taff initial de médecine générale” (E10) et de formation (“Faudrait vraiment nous, se former” (E5)).

Les MG adaptaient la prise en charge à la situation : “au type de souffrance, au risque immédiat pour elle, éventuellement pour l’entourage” (E10) et aux demandes du patient (“C’est très personne-dépendant” (E3)), en respectant leur autonomie (“que si elle porte pas plainte, y a pas rien à faire et que ta porte, elle est pas fermée, que tu la juges pas” (E5)), en lui proposant plusieurs options d’interlocuteurs notamment (“Ca peut être avec moi [ou avec] quelqu’un qu’elles voient juste comme ça” (E1)). La thérapeutique se concentrait sur les répercussions des violences (“on va plus prendre en charge le côté euh, séquelles” (E6)).

Dans le cas d'une urgence, pour protéger le patient, il était possible d'utiliser des logements d'urgence ("elle a été hébergée tout de suite, on a appelé SOS violences" (E8)), un signalement - qui pouvait "rendre service dans quelques rares cas, où tu les laisses partir de ton cabinet [...] avec un peu la boule au ventre" (E7) - et des associations ("les envoyer vers des assos, où tu sais qu'ils vont rencontrer un assistant ou une assistante sociale rapidos" (E6)). La levée du secret médical était jugée judicieuse en cas de "péril imminent. Tu sens là qu'il y a un vrai cycle et dans 48h elle est morte si tu fais rien" (E5) et pouvait permettre de décharger une victime adulte de la plainte ("Si j'avais eu possibilité de dire: "[...] j'ai trop peur pour vous j'fais un signalement" Je pense que ça aurait pu les soulager" (E7)) au risque de créer des violences secondaires : "En gros les gendarmes [...], ils viennent constater, mais on va pas l'extraire. [...] Tu fais juste en sorte qu'elle en prenne encore plus plein la gueule ! [moue]" (E5).

Devant une situation non urgente, un médecin présentait le travail psychologique à faire de la manière suivante : "c'est quelque chose qui traîne depuis des années, y a pas d'urgence, mais c'est probablement ça qui devrait à terme [...] vous aider le plus." (E3).

Ensuite, les MG pouvaient "engage[r] tout ce qui est prise en charge psychologique, et aide jurid', psychiatrique si besoin et aide juridique etc." (E6), en guidant vers "les possibilités de porter plainte" (E5).

2. Quels étaient les recours des MG ?

Afin de gérer au mieux la situation, il était possible de "passer les contacts, le réseau, selon le degré d'urgence, s'il y a pas lieu de faire de signalement" (E10).

Les recours alors décrits sur le plan social et légal étaient :

- L'"assistance sociale, [pour] les coacher sur leurs droits" (E1),
- L'information par le "CIDFF" (E7),
- La gendarmerie "pour les plaintes" (E7),
- Le constat médical par le MG "un certificat descriptif parce qu'il y a des traces" (E2) ou "en médecine légale" (E8),
- Donner des contacts d'associations : "ça passe [par] les flyers" (E10).

Concernant la prise en charge au niveau de la santé, les recours utilisés étaient :

- L'écoute active "pour vraiment qu'elle se sente écoutée parce que je me dis que ça fera plus que tout ce que je peux lui donner comme médoc" (E5),
- La démarche bienveillante et empathique ("j'dis bien que j'culpabiliserais pas la personne qui part pas..." (E8)),
- L'aide d'un autre spécialiste ("j'ai rappelé le psychiatre pour faire le lien quoi" (E3)), ou d'un autre MG : "ça m'a donné [...] un deuxième sentiment sur le truc" (E3).
- Les psychologues : introduits par "le classique "si vous voyiez un psyyyy?" (E1), avec des méthodes diverses et adaptées à la situation : "s'il y a [...] quelque chose de très traumatisant, l'EMDR [psychothérapie par les mouvements oculaires]" (E2), "la méditation, l'hypnose, pour hum, la gestion d'la colère" (E4),

Le MG tenait à revoir le patient ensuite ("on se revoit après [le psy]" (E2)), sans se considérer comme le seul recours ("C'est pas moi qui vais tout faire du tout" (E7)). Chaque MG avait ses habitudes d'orientation, par exemple "mes trois jockers c'est l'assistante sociale, la psy et après les séances d'hypnose" (E1).

Certains MG anticipaient la prise en charge en donnant des recours "si jamais y a une situation qui doit dégoupiller [...] en dehors des heures ouvrables" (E10), ou en tissant "un maillage autour [de la victime], avec le réseau [...] même si elle en voulait pas" (E5). La trace dans le dossier semblait importante pour ces MG afin de faire le lien avec les symptômes ("C'est toujours bien d'l'avoir dans les antécédents [...] ça aide beaucoup pour y penser" (E8)), comme pour engager des actions judiciaires : "les certificats au fur et à mesure ; ils sont prêts" (E5).

3. Quelles étaient les difficultés des MG dans cette prise en charge ?

Les MG ont rencontré des difficultés dans la mise en place de cette thérapeutique, liées à la situation de la victime, au soignant ou à des facteurs externes.

L'ambivalence de la victime donnait l'impression de faire marche arrière ; "oui il y a des troubles, tu poses la question la personne te dit oui effectivement et heu.. [...] Elle revient quelque temps après comme si de rien n'était" (E2). Une difficulté était de sortir d'une situation malgré tout rassurante pour le patient : "c'est la normalité en fait c'est ce qu'ils connaissent, c'est [...] leur zone de confiance" (E4), et au-delà "le refus d'aller porter plainte" (E2).

Le type de violence pouvait aussi importer, comme :

- Le cycle des violences conjugales (“des femmes qui vivaient des violences continues, [...] qui arrivaient pas [...] à se sortir de cette situation-là” (E7)),
- Les violences intrafamiliales du fait de “la pression familiale [...]”non mais tu te rends pas compte, ça va détruire la famille” (E2) avec anticipation des potentielles répercussions par la victime (“j’ai pas envie de briser la vie de ma belle-soeur” (E3)) et mise en difficulté du MG qui suivait la famille (“on est un peu en porte à faux.” (E2)),
- Les violences anciennes, avec des associations inconscientes bloquant la thérapeutique (“Et finalement, ça s’est arrêté [...] quand [...] il a grossi, alors on pouvait plus lui demander de maigrir maintenant” (E5)).

Le type de patient était parfois problématique, comme les personnes âgées démentes (“il était plus accessible à aucun contact ou autre” (E3)), les adultes “parce qu’on peut pas les envoyer aux urgences juste pour les sécuriser en fait” (E6).

Les difficultés étaient parfois liées au monde médical :

- Il n’existait pas de standard de prise en charge (“chacun fait un peu sa sauce [...] Y a pas de truc validé qui marche très bien” (E3)) et la dimension psychologique était délaissée dans les études (“on est formatés à [...] faire un réseau pour faire la prise en charge organique, mais au niveau psychologique [...] on est pas bons.” (E10)),
- Les MG étaient aussi dans l’ambiguïté tant sur la définition de l’emprise (“Après y a un problème aussi, [les patient.e.s sous emprise], ils ou elles choisissent de pas l’faire aussi” (E4)) que sur l’utilisation de certains recours : “signalement, information préoccupante ; j’envoie en gros à la même adresse en me disant qu’ils font le tri après” (E7),
- La gestion du secret médical était aussi une problématique lors des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) : “toute l’équipe a pas forcément besoin d’être au courant de tout...” (E7) comme lors de la communication avec les psychologues “[qui] disent qu’on peut pas leur faire de courrier et que eux ne peuvent pas nous faire de courrier non plus parce qu’ils trahiraient la confiance du patient” (E3),
- La crainte de créer des violences secondaires était évoquée par un MG (“Des fois on appréhende, on s’dit si j’en signale et qu’y a rien, p’têtre qu’on va en créer” (E10)),
- Un exercice médical isolé (“j’me sentirais bien plus isolé sur ces trucs-là, de pas avoir la possibilité d’avoir un autre avis” (E3)),

- Le soignant pouvait aussi se sentir en danger tant sur le plan professionnel (“On peut être mis en porte à faux, moi j’veux pas perdre mon métier que j’adore” (E4)) que sur le plan personnel (“ce monsieur est venu me chercher à la sortie du cabinet. Et là on était dans une situation de violences extrêmes.” (E8)).

Enfin, les difficultés pouvaient être extérieures au monde médical comme un défaut de prise en charge institutionnelle (“Elle va porter plainte une fois, mais ça va pas plus loin” (E2)), une inaccessibilité financière (“y a quand même un frein financier qui est énorme” (E8)) ; ou du fait de l’isolement d’un milieu rural (“Peanuts! L’EMDR faut aller jusqu’à [ville], 1h15 [...] Rien, rien. Faut se démerder.” (E5)).

Ces difficultés conduisaient parfois à la chronicisation de certaines situations (“tu vas avoir l’impression qu’à partir du moment où tu dépistes [...] ça va se résoudre rapidement. Et puis en fait, tu vois qu’il y a des situations qui durent dans le temps” (E7)).

Les conséquences d’une mauvaise prise en charge décrites par nos MG étaient la rupture avec le réseau de soin (“depuis elle a déménagé, du coup on a plus du tout de nouvelles [...] on a pas pu l’aider.” (E8)) et un isolement du patient (“Personne n’a pu lui répondre [...] ça l’a isolée de tout le monde” (E8)).

4. Comment les MG géraient-ils ces difficultés ?

La prise en charge de certaines thérapies permet de lever le frein financier (“Quand on leur dit "c’est pris en charge, vous pouvez y aller", y a jamais de refus.” (E8)).

Les MG pouvaient aussi développer leur compréhension du patient par des formations, comme l’éducation thérapeutique : “comprendre quel est son objectif à lui [...] comment est-ce qu’on va pouvoir arriver à s’entendre” (E1), ce qui permettait d’organiser la prise en charge.

Il était important de savoir reconnaître ses limites (“tout simplement pouvoir l’admettre [...], et dire aux gens : je n’sais pas.” (E10)) et savoir demander de l’aide en particulier en utilisant un réseau de soin : “Je connais mon territoire, je connais les recours et je sais à qui adresser dans quelle situation” (E7).

Les MG ont développé des astuces dans le but de contourner les difficultés telles que jongler avec “[l]e secret médical, alors je le lève pas officiellement, mais je fais du off” (E5), s’appuyer

sur les proches (“On parle avec ses copines et donc on conclut toutes qu’il faut qu’elle quitte ce garçon” (E8)), ou encore trouver des moyens détournés pour amener le patient en consultation (“elle a cocard ; la nana dit "c’est à cause du Lovenox [anticoagulant] " [...] [l’infirmière] lui dit "Ah bah là, vaudrait mieux voir le médecin” (E5)) ou pour le voir seul (“je dis à l’interne "tu vas lui parler, lui parler, lui parler, tu le saoules!" que je puisse la prendre de l’autre côté...” (E5)).

L’existence et la connaissance d’un réseau de soins solide facilitait la prise en charge (“tu crées du lien avec la gendarmerie, tu crées avec les sage-femmes, tu rencontres le TAS [Territoire d’Action Sociale], tu rencontres le CMP [Centre Médicopsychologique]” (E5)) avec des recours adaptés connus (“je savais qu’il y avait une gendarme qui était très bien pour ça” (E2)) et discrets : “si c’est une violence en cours, conjugales notamment, d’aller en maison citoyenne en pleine journée, ça passe complètement inaperçu” (E8).

Le débriefing en RCP permettait “de croiser les regards [...] avec des professionnels qui ont l’habitude de gérer des situations compliquées” (E7), et le travail en MSP de limiter l’isolement : “on peut en parler régulièrement. [...] et puis, on peut déléguer si on l’sent pas” (E3).

L’implication des différents acteurs simplifiait la prise en charge grâce à la disponibilité des intervenants, tant médicaux (“je lui donne rendez-vous tout de suite” (E5)) qu’institutionnels (“cette gendarme était en vacances [mais] elle a [quand même] donné rendez-vous à cette jeune femme” (E2)).

L’évolution sociétale aidait à sortir de la culpabilité (“la société avait reconnu que l’autre était coupable puisqu’on l’avait enfermé quoi ! Donc là je suis libre, je n’y suis pour rien’ quoi!” (E2)) en reconnaissant le statut de victime.

Il existait des avantages à être en milieu urbain, comme l’anonymat : “qui permet quand même de pouvoir aider la personne en étant beaucoup moins en opposition directe avec son agresseur” (E8) et d’autres en milieu rural, du fait du petit nombre d’intervenants “Nous chez nous tu peux former la caserne, les trois gendarmes, enfin, on est deux toubibs” (E5).

L’informatique représentait un gain de temps (“Tout est sur l’ordinateur, on a WEDA donc avec la tablette même en visite tout est dessus...” (E4)) et facilitait la communication (“ce système d’envoi de mails est très pratique, parce que ça peut être le soir en fin de consult” (E8)).

5. Quelles conséquences à cette prise en charge ?

La prise en charge permettait à certains patients de sortir du cercle toxique des violences (“elle a réussi à le quitter, elle a pu mettre en sécurité tout le monde.” (E8)), d’améliorer leurs symptômes : “le fait de savoir pourquoi elle était angoissée, elle était beaucoup moins angoissée” (E1), “ça a diminué des plaintes” (E2) et de réintégrer le milieu socioprofessionnel (“l’envie [de travailler] qui est r’venue” (E4)).

Elle pouvait conduire le patient à cheminer vers l’action : “tout à coup un réveil, “mais, mais j’ai rien à foutre là-dedans, ça va pas du tout [...] mais comment j’ai pu tomber là-dedans” et qui font un travail sur eux” (E7).

Elle pouvait mener à une amélioration de la qualité de vie (“Y a des vies qui changent quoi.” (E7)) parfois de façon soudaine (“c’était impressionnant, c’est des ON/OFF” (E2)).

E. Quels étaient les facteurs facilitants dans cette étude ?

Le dépistage était considéré comme “pas très compliqué” (E7), non chronophage (“[ça] me prend trois secondes” (E3)) et “pas intrusif” (E7), surtout lorsque le MG était à l’aise avec la question : “C’est quelque chose que j’ai décidé d’aborder comme un tout venant” (E4).

Il semblait plus aisé pour le MG de pouvoir s’identifier au patient (“Chez des jeunes je vais la poser plus facilement, un peu 20-30 ans, parce que c’est mon âge” (E1)) ou de ne pas le connaître, en particulier lors de la première consultation (“pour les gens qui viennent me voir pour la première fois, c’est facile” (E10)).

Les connaissances du médecin sur le sujet des violences facilitaient le dépistage car le MG partait sans a priori tant sur les auteurs potentiels : “comme il peut y avoir un accident d’la route, [...] ça peut arriver un peu à n’importe qui” (E7), que sur les victimes : “Ça touche tous milieux hein [...] Même chez des médecins ça existe” (E2).

L’environnement de la consultation avait aussi son importance, comme la présence d’un accompagnant facilitant (“les mamans qui t’amènent une ado en général elles sont open” (E5)), un cadre bien pensé (“j’ai aménagé mon cabinet en fonction, j’ai réfléchi à [...] avoir quelque chose d’un peu plus convivial” (E5)) ou la sécurité que peut apporter le cabinet médical : “ils

comprennent bien qu'on est dans un cabinet médical et qu'on peut aborder des problématiques un peu perso" (E7).

Nous avons déjà rapporté les effets bénéfiques de la médiatisation des violences, décrits par les MG, avec le changement global des mentalités qu'elle entraîne tant pour les victimes que pour les médecins.

L'évolution de la législation, a conduit à "ose[r] plus facilement creuser" (E7) une piste. L'abord du sujet était facilité par une relation médecin-patient aboutie ("Il y a... voilà, un ressenti, une façon d'aborder les gens, et puis d'aller un peu plus loin avec eux quoi" (E2)), parfois au contraire à l'occasion d'une première consultation ("j'vais utiliser le fait qu'j'la vois pour la première fois [...] pour mettre les pieds dans l'plat..."(E10)).

Les connaissances des MG entraînent aussi en jeu, par l'usage de tests validés ("chez les ados, on a le BITS test [Brimades Insomnie Tabagisme Stress]" (E5)), et par l'ouverture qu'elles permettaient : "la souffrance physique et la souffrance morale sont rattachées, et l'un va fortement impacter l'autre" (E10). L'importance d'un réseau de qualité était soulignée ("je veux être dans un cocon comme ça pour pouvoir travailler" (E5)) avec une communication facilitée par l'informatique ("on a eu la chance d'avoir les dossiers partagés avec les différents médecins du secteur, j'pourrais aussi les appeler, si j'la perds de vue" (E10)).

Certains moments paraissaient être propices à la libération de la parole, parfois "à la fin [de la consultation] on règle leur problème, et ils vont en discuter un petit peu plus" (E4) ou l'examen clinique ("au moment où tu palpes le ventre, elle va te sortir des choses qu'elle t'avait pas sorties avant" (E5)). Il semblait parfois plus facile pour les patients de discuter avec un médecin "qu'ils ne connaissent pas" (E8).

La posture en elle-même du médecin était importante ("Là on est dans un cadre sécurisant, bienveillant, j'les accueille, j'essaie d'être souriante" (E7)), en particulier l'expression de la disponibilité, tant dans le verbal ("j'exprime que j'suis [là] pour tout, y compris ce genre de choses" (E4)) que dans l'attitude non verbale ("je lève les yeux de l'ordinateur [...] A ce moment-là, je rétablis un contact visuel" (E5)). La parole se libérait parfois à l'occasion d'une consultation seul à seul ("sur un créneau d'urgence [...] peut-être qu'elle m'en a parlé parce que pour une fois elle était toute seule" (E9)).

L'évolution sociétale semblait aussi favoriser la parole ("Du coup elles sont v'nues parler [...] parce que d'entendre tout l'monde en parler autour elles se sont dit "beh en fait moi aussi quoi"" (E7)), en levant parfois une amnésie traumatique ("les souvenirs leur sont revenus" (E7)).

F. Quelle perception avaient les MG de leur pratique actuelle ?

Nos MG ont soulevé l'existence de "gros préjugés sur les victimes de violences encore" (E6) de la part des soignants, en particulier sur le genre des personnes concernées ("j'abord[e] beaucoup plus facilement les problèmes de sexualité avec les jeunes femmes qu'avec les jeunes garçons" (E7)) ou sur leur appartenance sociale : "[dans un quartier défavorisé] on a une situation qui s'y prête beaucoup plus" (E6). Ils les ont critiqués ("ce qui est débile parce que c'est pas du tout [...] spécifique à certaines situations sociales" (E1)).

Des MG s'interrogeaient sur l'efficacité de leur dépistage ; du fait d'un défaut de systématisation ("y a tellement plus de personnes à qui je l'ai pas posée que de personnes à qui je l'ai posée quoi" (E1)), la différence entre leurs résultats comparés aux statistiques étant significative : "Alors une femme sur six qui subit des violences j'crois [...] non je suis clairement pas à un sur six" (E3). La critique du dépistage s'étendait au fait qu'il ne permettait pas l'ouverture aux événements de vie douloureux : "un traumatisme [...] peut, au même titre que la violence, provoquer voilà des colères, des choses..." (E8).

Quelques MG se questionnaient sur des violences produites dans leurs soins ("même moi j'peux être auteur de violences pour certaines personnes" (E6)) et sur leur mode de traçage ("j'm'annote juste un truc où j'me dis qu'y a que moi qui comprendra [...] mais est-ce que j'm'en souviendrai dans dix ans c'est autre chose" (E9)).

Un MG signalait que ses convictions pouvaient parfois déborder sur son rôle de médecin ("J'suis sortie de mon rôle [...] Moi je peux pas [...] sachant qu'elle a pas envie d'y aller [...] filer le cacheton [de viagra] au mec" (E5)).

Les MG ont décrit plusieurs types de violence comme les violences au travail (“par maltraitance [...] par manque de... reconnaissance” (E2)), les violences éducatives (“les [exigences parentales de] performances excessives c’est d’la violence psychologique” (E4)), parfois non intentionnelles (“c’est un manque de connaissance qui les poussent à faire” (E4)) et ont essayé de les expliquer : “c’est surtout un cumul de tensions au sein de la famille” (E7). Il s’agissait pour eux d’un phénomène fréquent (“la violence fait partie de la vie, quoi” (E7)).

Pour nos MG, le dépistage était un temps actif : “mettre des affichages dans les salles d’attente c’est bien, ça fait plutôt l’esprit tranquille des professionnels de santé” (E10) et une démarche récente : “on est beaucoup plus dans la prévention, [...] et ça passe par le dépistage au sens large” (E10), témoin d’un choix de pratique engagée (“Tu le feras pas faire à tous les médecins, ça c’est sûr. [...] Parce qu’il faut avoir envie de faire de la médecine selon la définition de l’OMS, [...] ça reste une frange de médecins militants” (E5)).

D’autres MG insistaient sur la nécessité de se préparer à une réponse positive (“Si tu poses la question c’est que voilà, tu peux avoir un "Oui"” (E7)) en anticipant des options thérapeutiques notamment (“c’est bien beau de dépister mais t’en fais quoi derrière” (E5)). Un MG créait un parallèle entre la notion de violence et une pathologie somatique (“Quand on a une plainte d’organe qui merdouille, bah le lendemain on fait un courrier, on appelle les spés, bah là c’est exactement pareil [...] faut avoir un réseau pour tout!” (E10)).

L’abord du sujet des violences avait son importance en pratique courante car il répondait à un sujet fréquent (“C’est fou, j’pensais pas qu’en médecine générale on en avait autant” (E3)), avec des conséquences lourdes (“Ils ont pas pu vivre correctement leur vie quoi” (E2)), dont l’autoculpabilisation (“c’est d leur faute, [si] l’autre est violent” (E4)) ou encore le risque de la transformation de la victime en auteur (“Il a été malmené dans son enfance euh, [...] et quand il s’énerve il s’en est pris à ses enfants” (E7)) du fait d’un cadre de référence biaisé : “Ils ont été élevés là-dedans, ils veulent le mieux, ils pensent que c’est bien (E4)”.

Le dépistage était considéré comme un des rôles du MG du fait de sa position : “on a un lien privilégié avec les familles et leur environnement donc [...] on doit aller chercher” (E10), au risque de se tromper (“je me suis retrouvé un peu bête. Mais bon *rires* c’est pas grave !” (E2)) ou de choquer le patient (“Si tu heurtes les gens. Tant pis. C’pas grave. T’t’excuses [...] et t’avances, mais pose la question quoi!” (E6)) ce qui ne semblait pas confirmé en pratique : “Un peu comme quand on demande [...] "est-ce que vous avez des idées suicidaires", où on s’rend compte qu’en fait la question est plus rassurante qu’inquiétante finalement” (E8).

Le dépistage systématique se justifiait du fait de l'importance des réponses positives "pratiquement toutes les semaines" (E6), en particulier des premières révélations ("les gens disent "J'en ai jamais parlé" [...] une fois sur deux" (E8)). Il était plus facile de le faire ainsi pour le MG ("Moi j'me sens plus à l'aise en l'disant [de façon systématique]" (E9)) ; cela limitait la stigmatisation ("si tu poses la question à tout l'monde c'est qu'ça peut arriver à tout l'monde" (E7)) et participait à la levée d'un tabou sociétal ("ça veut dire qu'au fur et à mesure, dans l'inconscient collectif "ça fait partie de mes antécédents"" (E5)). La notion de violence faisait d'ailleurs partie intégrante de l'interrogatoire, "autant que "est-ce que la douleur vous réveille la nuit"" (E8), et était ainsi signifiée en antécédent aux autres spécialistes ("dans mes courriers, j'marque notion de violences : oui / non, [...] notamment pour les rhumato, [...] pour la médecine interne" (E8)).

Suite au dépistage, les réactions initiales des patients pouvaient être d'abord non verbales avec un blocage ("elle fait un petit arrêt" (E5)), des pleurs ("y a les larmes qui montent" (E4)) ou de la surprise ("physiquement y a un mouvement de recul" (E6)).

S'en suivaient des questionnements ("mais, qu'est-ce que vous entendez par là ?" (E3)), des refus de développer ("oui mais j'veux pas en parler" (E4)), ou alors des libérations de parole et d'émotions ("Et y a un flot à ce moment-là qui peut sortir" (E2)). Les retours que les patients ont pu faire aux MG sont globalement "positifs, en fait" (E7), et les patients ne sont généralement pas choqués car "c'est dans les mœurs [...] on parle beaucoup des violences" (E3), et ils sont même "assez rassurés [...], que tu fasses la santé globale" (E5).

Le fait de dépister avait un impact immédiat sur la consultation, en allongeant la durée ("t'en as au moins pour une demi-heure" (E7)), et le sujet des violences remplaçait le motif du rendez-vous : "la consultation initiale est complètement basardée" (E8). Cela avait aussi un impact sur le médecin tant au niveau du discours, il y avait "plus d'empathie" (E3), "plus d'écoute, sans parler" (E5), que sur l'examen clinique, "plus délicat" (E3).

Le dépistage créait un déclic chez les patients, les amenait à réfléchir ("le plus gros du travail, c'est vraiment pas en consultation juste, tu tires un petit fil et après ils finissent par se dérouler" (E1)), à libérer la parole ("Elles m'avaient dit non et après elles sont r'venues m'en parler" (E9)) et à s'investir dans leur prise en charge ("elle me dit "[...] j'ai fait des recherches, en fait ça arrive à plein de femmes"" (E1)). Le dépistage apportait au MG "une meilleure connaissance du patient" (E3) et fortifiait la relation médecin-patient ("ça va instaurer un climat de plus de

confiance” (E7)). Il ciblait l'objectif thérapeutique en “[axant] la prise en charge sur la souffrance psychologique et non plus physique” (E10) ce qui limitait l’errance diagnostique “qui aboutissait [à des] examens répétés, traitements, avis spécialisés qui [...] entretenaient cette souffrance-là” (E10). Certains MG ne signalaient pas de perte de suivi (“J’ai jamais quelqu’un qui est pas revenu parce que j’ai posé la question” (E5)).

Le fait de dépister avait des conséquences sur la vie privée des MG, comme la nécessité de “faire le point sur toi aussi, les violences que t’as reçues, toi comment tu gères la violence dans ta famille” (E7), mais aussi sur les auteurs potentiels (“j’ai un peu plus maintenant de radars [...] à personnes toxiques” (E8)). La vie privée avait elle aussi un impact sur la vie professionnelle avec des freins au dépistage (“Ben j’ai pas dépisté *sourire gêné* [patient ami]” (E3)), à la libération de la parole (“c’est pour les gens que [la séparation vie privée/vie professionnelle est] plus difficile. J’ai peur que... ça pourrait être un frein par moment...” (E5)), et comme on a pu le voir, diriger vers le dépistage (“personnellement, j’ai été maltraitée donc c’est un sujet que j’avais envie de travailler” (E4)).

Certains MG étaient peu à l’aise avec le dépistage “avec les enfants” (E10) ou avec des violences en cours (“quand y avait vraiment des violences, j’étais pas toujours hyper à l’aise” (E9)) car ces situations sont “un peu déstabilisant[es]” (E7). En effet, le fait de connaître les violences avait un impact émotionnel (“j’étais tout autant déboussolée” (E8)), d’indignation (“c’est vraiment ignoble “ (E3)), parfois même physique (“je [...] finissais avec une barre dans le dos, mais coincée 3 jours” (E5)). Il pouvait y avoir une identification du MG à la victime (“le fait de s’tromper de personne je peux tout à faire comprendre” (E8)) ou à l’auteur (“Y a toujours des moments où tu t’en veux un peu, d’avoir laissé passer une claque” (E7)).

Certaines situations entraînaient un sentiment de frustration chez le MG, en particulier des échecs de dépistage (“Elle m’a jamais rien lâché. Rien. Riiiiien. J’ai rien pu faire !” (E5)), ou de chronicisations “qui sont très lourdes à prendre en charge” (E7) ; les deux situations étant souvent liées : “Sur des "non" sur tout ce qui est psychosomatique, on s'en sort pas quoi, toutes les patientes qui revieeeeeennent parce que "j'ai mal làààà j'ai mal làààà" *rire*” (E1).

Le dépistage pouvait aussi être bien vécu par le MG comme par le patient (“ça passe comme une lettre à la poste” (E3)) et permettait d’enrichir la pratique en relevant “d’une grosse grosse grosse capacité d’adaptation de notre part en fait” (E6). Il donnait au MG un sentiment

d'accomplissement - primordial pour les MG "c'est vachement important, pour notre pratique à nous, d'être content de c'qu'on fait" (E6) - face à l'amélioration de la qualité de vie des patients : "tu te dis, "Bon bah là, j'ai vraiment rendu service à quelqu'un"" (E7).

G. Quelle vision avaient les MG pour l'avenir ?

Les MG ont abordé le sujet de la prévention, en particulier des violences dans les soins notamment via des "techniques de respiration" (E4) ou le jeu chez l'enfant, "en essayant de pas trop les brusquer" (E4). Cela passait entre autres par la recherche du consentement, en particulier en pédiatrie : "je veux pas rentrer dans la tête d'un enfant qu'un adulte peut lui faire quelque chose s'il est pas d'accord" (E5) et en gynécologie : "[elles] viennent pour un examen gynéco mais [...] ont pas forcément envie de se déshabiller" (E7). D'autres moyens étaient mis en place comme l'adaptation des créneaux de consultation : "40 minutes gynéco, 40 minutes pédi..." (E5) ou le fait d'impliquer le patient dans l'examen clinique ("je vais donner le choix entre deux positions en gynéco" (E5)) et par une attention particulière au discours : "j'vais faire attention à pas être grossophobe, à pas faire de mansplanning, à pas faire de trucs comme ça" (E6).

Il était possible de repérer et d'agir face à une situation à risque comme pour l'épuisement de l'aidant ("J'envoie énormément des patients en répit pour la famille [...] pour éviter l'épuisement et la violence qui peut en découler" (E8)), un MG allait même plus loin en ce qui concerne les violences conjugales : "des hommes qui me demandent du Viagra, du Cialis [...] je leur demande "mais votre femme, elle a envie elle ?"" (E5) ; cependant certains MG évoquaient la limite de leurs méthodes, notamment lorsqu'il s'agissait de prévenir les violences éducatives : "parce qu'après chacun a son profil éducatif aussi, et ... du coup j'suis moins à l'aise" (E9). Le dépistage était considéré comme partie intégrante de la prévention ("on est beaucoup plus dans la prévention, [...] et ça passe par le dépistage au sens large" (E10)).

Afin d'améliorer les pratiques globales, un MG considérait l'intérêt d'améliorer la prévention en la rendant pluriprofessionnelle ("c'est important qu'il y ait plusieurs acteurs" (E7)), et en se formant ("il nous faut des billes" (E7)). Les moyens de prévention envisagés pouvaient être multiples, par exemple des informations à grande échelle : "passer des vidéos en salle d'attente ou des... p'tits courts métrages, ou des... messages à la radio, c'est possible, ou à la télé" (E7), ou encore des ateliers d'information, "des p'tits stages de parents, [...] de "comment gérer une crise de colère"" (E7).

Il était aussi envisagé d'informer la population sur le rôle du MG concernant les violences : "'Oui vous pouvez en parler à votre médecin'" (E7) et de créer une consultation dédiée pour les victimes de violences : "[une psychologue] expliquerait ce qu'est le cycle des violences et l'emprise... à la patiente. A titre informatif... juste pour que la personne, elle comprenne [...] ce qui est en train de se passer" (E5). Pour soigner les patients ayant vécu des violences, un MG considérait que le diagnostic ne devait pas être imposé au risque de créer une autre violence ("si tu rajoutes ton propre jugement, je crois que tu es une deuxième violence" (E5)).

Il était enfin soulevé la nécessité que le sujet prenne sa place dans les pratiques médicales actuelles en sortant du tabou : "arrêter aussi d'se voiler la face, c'est euh 1 femme sur 3 battue" (E4). Un engagement des professionnels de santé était nécessaire : "il faut plus de cours, il faut plus de formation, il faut plus d'assos, [...] il faut plus de militantisme" (E6), en sollicitant la participation des patients pour savoir "comment ils auraient aimé qu'on pose la question, pour justement éviter tous ces écueils, ces conneries qu'on peut faire, nous [...] parce qu'on a pas conscience" (E6). Cela passait par un dépistage ("il faut que ce soit systématique !" (E7)) et par son renouvellement "tous les ans, comme le bilan du diabète quoi." (E9).

Les MG avaient aussi des pistes d'amélioration de leur pratique personnelle comme "redépister régulièrement" (E9), développer sa formulation "sur [certaines] tranches d'âge [...] : l'aborder avec des enfants, avec des personnes âgées" (E1), se former ("j'aimerais bien mais pour l'instant j'ai pas l'temps" (E6)) et "parfaire [s]on réseau" (E10).

Nos MG pourraient rassurer les MG qui souhaiteraient faire du dépistage, car, pour eux, ce n'était "pas compliqué [...] c'est pas mal pris par les gens [et] ça ne change rien à ta relation [avec le patient]" (E7), et cela venait en pratiquant ("Les premières sutures, on a tous galéré et

au bout d'un stage aux urgences, on sait les faire [...] bah c'est pareil pour les violences" (E6)). De plus, la responsabilité de la prise en charge n'incombait pas entièrement au MG : "c'est pas parce que tu l'entends que c'est à toi de tout faire quoi [...] tu adresses [à] des gens dont c'est le métier" (E7).

Nos MG souhaiteraient témoigner de leur expérience sur :

- La manière de dépister : "la fameuse question : "est-ce que vous avez déjà été exposé à des violences ? "" (E1), "l'idée de l'faire en systématique" (E9) ou suite à une intuition, de "partir de généralités : "on sait que, et du coup je me demandais si dans votre situation ça aurait pu être le cas"" (E1), le tout étant de s'approprier le dépistage ("tu la manipules dans ta tête, tu te la mets en scène tout seul. Et tu vas trouver ta question à toi." (E5)),
- L'importance de la création d'un réseau ("Si on veut faire du dépistage et d'la prise en charge, faut avoir un réseau" (E10)),
- De se remettre en question : "la question c'est de savoir "est-ce que tu veux les dépister ou pas ?"" (E6), en faisant le parallèle avec n'importe quelle situation de médecine générale : "des situations où on sait pas quoi faire, en médecine générale, y en a tout le temps, [...] donc faut pas se braquer [...] faut faire l'effort" (E10),
- De se former ("il faut savoir que ça existe, [...] donc il faut se renseigner et voilà" (E6)),
- Et de se lancer : "Faites le test et vous verrez" (E3).

Les MG ont abordé le sujet des auteurs des violences car : "quelqu'un qui va être violent, probablement que c'est quelqu'un qui a été victime de quelque chose" (E10), et chaque victime cache un auteur ("si on a une personne sur dix qui est une victime, on a quand même un patient sur dix qui est un agresseur" (E7)). De plus, la plupart des auteurs de violences n'avaient pas de condamnation, et restaient alors hors d'atteinte des voies de soins spécifiques ("j'ai lu plein de choses sur la justice restaurative, tout ça, mais pour ça il faut avoir avoué quoi, hein! Sinon ça marche pas" (E5)).

Il leur paraissait judicieux de dépister les auteurs d'autant plus qu'ils n'étaient pas forcément l'archétype du méchant type "ça peut arriver à tout l'monde, [...] c'est pas vraiment la pire des mères ou le pire des maris ou le pire des hommes" (E7), et certains n'avaient pas conscience d'être auteur : "ils veulent pas forcément, ils euh, faire mal" (E4).

La prise en charge de ces auteurs relevait d'un engagement du MG ("faut les aider à se soigner, et euh, faut y croire un peu" (E7)) et conduisait à une amélioration majeure pour plusieurs

personnes (““Depuis qu’papa va mieux bah tout l’monde va mieux quoi. ” Et donc y a eu quand même [...] un cercle vertueux qui s’est mis en place quoi” (E7)).

Les objectifs de cette prise en charge sont de faire prendre conscience aux auteurs du problème (“là votre famille vous l’envoie dans l’mur [...] c’est pas ce que vous voulez, maintenant il faut vous soigner !” (E7)), de libérer la parole (“il est revenu me voir [...] on a commencé à parler” (E7)) et de lever la culpabilité (“oui vous êtes responsables, mais on va vous aider, vous êtes pas forcément coupable quoi. ” (E7)).

Pour soigner les auteurs, une formation des MG semblait nécessaire : “il faut quand même aussi qu’on ait des armes pour prendre en charge [les agresseurs], pour pas stigmatiser, pour... à la fois être capable d’entendre, d’être aidé par... peut-être faire des points, un peu, législatifs avec eux” (E7).

Le processus de suivi des auteurs exigeait que le MG ne reste pas seul, du fait de “la difficulté [...] de suivre et la victime et l’auteur de violences...” (E5) ; car même en essayant “d’être le plus objectif, [...], oui [le fait de connaître les faits] ça influence” (E9). Cette façon de faire représentait la prise en charge globale de médecine générale en son essence : “Faut pas mettre les agresseurs et les victimes d’un côté, de chaque côté, c’est bien une seule et même population qu’on soigne, faut y croire un peu.” (E7).

DISCUSSION

Nos MG ont abordé les violences en consultation suite à un déclic particulier. Cette situation a pu résonner en eux car ils étaient prédisposés à y réagir de par leur engagement personnel. Ils ont construit leur manière de faire, puis ont réalisé des formations et développé un réseau afin de répondre aux problématiques que leur posait la prise en charge. Cet abord des violences amenait parfois de la frustration aux MG, du fait de situations se chronicisant, mais était globalement bien vécu et permettait un sentiment d'accomplissement face à l'amélioration de la qualité de vie des patients. Nos MG songeaient à améliorer leur pratique de façon continue, s'impliquant complètement dans la démarche militante mise en place.

Un des points forts de cette étude résidait dans le choix du sujet, qui s'avérait assez original, car nous n'avons pas trouvé de littérature décrivant en pratique l'abord des violences en médecine générale. De fait, la méthodologie qualitative de cette étude avait toute sa place car elle était particulièrement adaptée à un sujet nouveau (afin d'en dégager un maximum de pistes) mais aussi à cet objectif précis, qui cherchait à comprendre **comment** les MG abordent le sujet dans leur pratique quotidienne. Il nous paraissait plus pragmatique et novateur de s'intéresser à la manière de faire des médecins généralistes plutôt qu'aux "freins et leviers" de l'abord des violences, déjà explorés par les travaux des Drs Boismain, Gaudin (15), Dautrevaux (18) Renzi et Farge (19). Le guide d'entretien a été réalisé grâce aux formations proposées par le DUMG. Il a évolué au cours des premières rencontres, pour obtenir une version finale aux alentours du cinquième entretien. Les participants à l'étude ont pu s'exprimer librement grâce aux questions ouvertes, et ainsi aborder un large panel de thèmes. L'analyse en double lecture a permis d'augmenter la validité interne de l'étude.

Quelques limites et difficultés ont été perçues, notamment le fait que nous soyons deux médecins novices en recherche, et déjà engagées dans le sujet des violences, ce qui a conduit à un manque de réflexivité (biais de confirmation et d'analyse). Le contexte de la covid nous a aussi contraintes à nous adapter en réalisant des entretiens en visioconférence, ce qui n'était pas prévu initialement. Le langage non verbal a peu été interprété du fait de la richesse des éléments

de discours. Du point de vue de la bibliographie, il existait une abondance de littérature grise et de blog médicaux, mais peu d'articles scientifiques. Nous avons également pu remarquer que tous les MG participant à l'étude ont un exercice médical en MSP ou en groupe, ce qui fait naturellement écho aux commentaires des MG excluant la possibilité d'un exercice isolé dans le cas de l'abord des violences. De plus, tous nos MG sont MSU ou en voie de le devenir, et bien que nous n'ayons pas cherché à les sélectionner sur ces critères, la méthode de recrutement par bouche-à-oreille aura peut-être eu plus de poids dans ces paramètres. Une analyse de la situation de MSU sera proposée un peu plus loin.

Le choix de ne pas cibler un seul type de violence, ou une population particulière, déjà expliqué plus tôt, n'a pas semblé poser problème à la plupart des MG interrogés, qui ont abordé de nombreuses situations de violences différentes. De la même façon, dans les ressources bibliographiques étudiant les freins à explorer les violences (15) (18) (19) - nous y reviendrons plus loin - la définition des violences ne s'imposait pas comme une difficulté majeure pour les MG. Nous souhaitons explorer la réflexion des MG et aborder les schémas qu'ils avaient mis en place dans le cadre d'un raisonnement réflexif d'engagement vers ce dépistage.

Les violences sont fréquentes comme en témoigne une étude de grande échelle réalisée en 2005-2006 en France par l'INED et l'INSEE (20) : une personne sur deux se déclare touchée au moins par un acte violent sur les deux années observées. Dans le monde, d'après l'OMS en 2014, un quart des adultes déclare avoir été brutalisé durant l'enfance (5).

Sans pouvoir être exhaustif, certains types de violences sont cités par l'association *Violences infos* (21) et le site *Mémoire traumatique* (22). On distingue les violences :

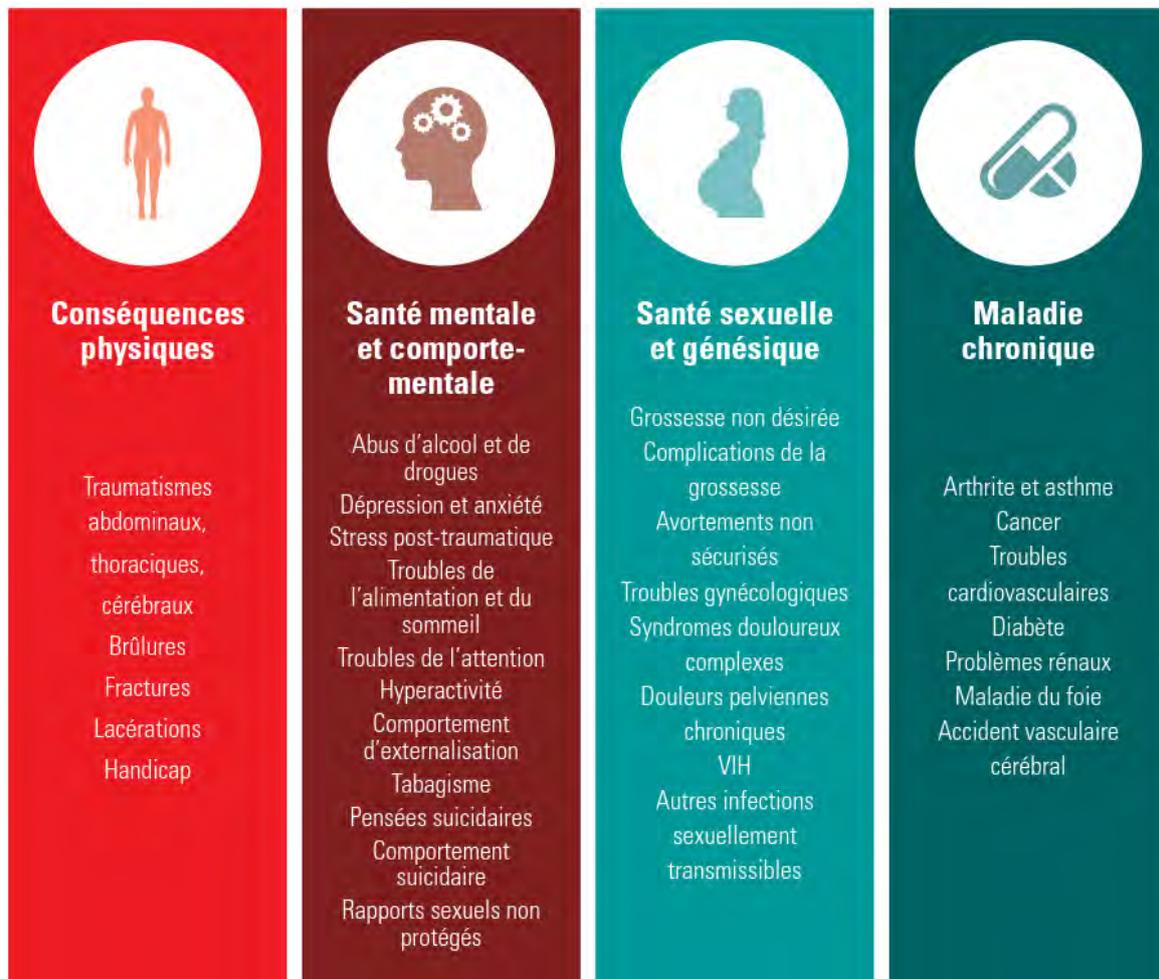
- Physiques, ou sexuelles, les plus (re)connues,
- Psychologiques (dénigrement, pression, manipulation...), ou verbales (insultes, menaces),
- Économique (contrôle financier, décisions budgétaires unilatérales, confiscation de tout moyen de paiement),
- Sociales (restrictions ou interdictions de contact avec l'entourage, papiers d'identité retirés),

- Symboliques : liées à des discriminations envers une minorité (basées sur leurs origines, leur appartenance culturelle, religieuse ou leur identité sexuelle), elles peuvent s'exprimer par des violences tout aussi bien interpersonnelles que collectives,
- Les privations ou négligences, la maltraitance,
- Les cyber violences.

Les violences ont des conséquences graves ; en effet, elles constituent l'une des principales causes de décès dans le monde pour les 15-44 ans, comme le rapporte l'OMS en 2014 (5). Entre 2000 et 2014, les violences interpersonnelles ont été responsables d'environ 6 millions de décès dans le monde (5). En dehors des décès, ces violences ont pour conséquence des handicaps, de la dépression, des problèmes de santé physique et génésiques, comportement sexuels à risque et addictions, accidents vasculaires cérébraux, cancers, maladies sexuellement transmissibles ; et créent un terrain propice à des maladies chroniques (ou leur décompensation) ou à des infections (5). A une échelle plus globale, les violences ont un impact économique, judiciaire, social et sanitaire (5). Les MG interrogés dans l'étude retrouvaient effectivement de nombreuses conséquences somatiques et une qualité de vie des patients altérée par le vécu des violences.

Figure 2 - Conséquences comportementales et sanitaires de la violence selon l’OMS 2014

(5)



La prévention, le dépistage et la prise en charge des violences sont des rôles majeurs des MG afin de diminuer les impacts sur la santé qui en découlent : de nombreux organismes associatifs et rapports le clament, notamment le site *Mémoire traumatique* (7), la HAS (9) et la MIPROF (23). Nos MG le confirmaient : ils ont souligné une efficacité de la prise en charge lorsque celle-ci était adaptée, et des conséquences lourdes lorsqu'elle faisait défaut. Au-delà de ce qui a pu être retrouvé dans la littérature, nos MG évoquaient des exemples concrets d'améliorations de la qualité de vie des patients victimes de violences accompagnées suite à un dépistage, mais également une meilleure relation médecin-patient et une meilleure compréhension des troubles par les soignants. Beaucoup d'entre eux considéraient le dépistage moins stigmatisant lorsqu'il était réalisé de façon systématique, ce qui semble expliquer les préférences des patients dans le

travail de Lestienne (24) et les recommandations de nombreux professionnels de santé, notamment le Dr Salmona de *Mémoire traumatique* (7), et du Dr Palisse (25).

Néanmoins, dans les faits, ce dépistage est très peu réalisé. Le rapport parlementaire Henrion en 2001 parlait de 7 à 8 % des MG réalisant le dépistage des violences conjugales (14), et dans une étude plus récente du Dr Durand (26) de moindre envergure, le dépistage des violences conjugales ciblé sur des symptômes n'avait été réalisé que dans 14 % des cas de consultations. Pourtant la même étude souligne que les femmes interrogées, victimes de violences, sont globalement très favorables à l'ouverture du dialogue par et avec le MG. De même, l'analyse qualitative de 2013 menée par le Dr Palisse (25) suggère que les patientes (concernées par la problématique ou non) considèrent très largement (81 %) que le dépistage par les MG de ces violences donnerait la possibilité aux victimes d'en parler. Nos MG confirmaient que le dépistage était bien reçu par les patients, permettant souvent une libération de la parole et l'amorce d'un processus thérapeutique.

Ce décalage entre l'intérêt des MG pour le dépistage et le défaut de réalisation de celui-ci, peut être expliqué par leurs freins. Nos MG ont pu en évoquer quelques-uns dans cette étude, ce qui ne les a pas empêchés d'aborder le sujet des violences ; nous détaillerons les astuces qu'ils ont développées afin de les contourner.

Dans l'application du dépistage, l'important pour les MG était d'être à l'aise : cela passait pour beaucoup par le dépistage systématique, tel que soutenu par de nombreuses sources de la littérature, notamment *Mémoire traumatique* (7) (27), l'étude de Lestienne (24) et celle de Palisse (25) ou encore la HAS qui "recommande au médecin d'aborder systématiquement la question des violences avec chacune de ses patientes avec une attitude bienveillante" (28). Il était souvent réalisé dans une trame constante, à la suite des antécédents et des consommations d'alcool, de tabac ou d'autres toxiques. Cela permettait de glisser la question naturellement et de la normaliser, comme celle des consommations justement. La considération des violences anciennes pouvait alors se faire comme celle d'un antécédent, à prendre en considération de la même façon que le tabac dans le suivi du patient. Pour d'autres MG, l'examen clinique était un

moment propice aux confidences, et donc à poser la question. La littérature se concentre surtout sur les modalités de consultation les plus adaptées, notamment le fait d'avoir un cadre sécurisant comme le décrit l'étude de Feder et Hutson (29), et d'être seul à seul avec le patient interrogé comme le soulignait Roger Henrion dans son rapport parlementaire (14), ou encore l'étude de Boismain, et Gaudin (15) ; ce que l'on retrouvait dans le discours de nos MG..

Les MG interrogés utilisaient beaucoup de questions directes dans le cadre d'un dépistage systématique, avec l'utilisation récurrente de termes clés ("violences", "victimes", "subi", "exposé") comme on peut les retrouver dans le guide *Décliviolence* (30), sur les recommandations de la HAS (9) et la fiche de dépistage Women Abuse Screening Tool WAST (31) disponible en Annexe 4. *Décliviolence* débute souvent ses propositions de questions avec une justification, même en cas de dépistage systématique : "Beaucoup de femmes rencontrent des problèmes avec leur mari ou leur partenaire, ou quelqu'un d'autre avec qui elles vivent." (30). Cette méthode était également réalisée par certains MG de l'étude mais seulement dans le cadre du dépistage ciblé. La fiche HAS suggère des questions simples à retenir et directes "Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ?" (9), ce qui ressemble beaucoup à ce qu'ont pu produire les MG interrogés, mais la HAS élargit également à des éléments traumatisants, si l'on considère cette proposition : "Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ?". La fiche WAST (31) (Annexe 4) quant à elle déroule un listing de 8 questions simples, des plus larges ("En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?") aux plus précises ("Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?"), afin de préciser des situations de violences sans être exclusif, et montre un certain intérêt pour le repérage. Son application dans une consultation standard pourrait être remise en question par les MG interrogés, qui semblaient privilégier un dépistage systématique avec une question large fermée et rapide à poser, avec une tendance à vouloir s'approprier cette question. A noter que deux thèses de la faculté de médecine de Toulouse sont en cours quant à l'acceptation et la réalisabilité du WAST en médecine générale et en PMI.

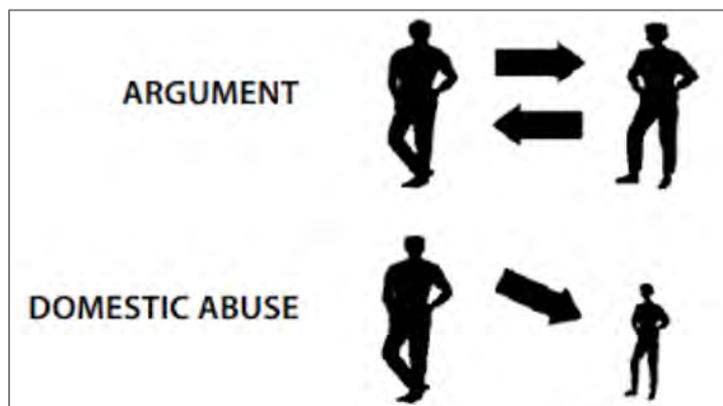
La plupart des MG ne donnait pas d'emblée d'exemple précis de violences, contrairement à ce qui peut être proposé par la HAS : « Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, physiques ou sexuelles dans votre couple ? » (9).

Les questions proposées étaient plus larges dans le rapport parlementaire Henrion de 2001 (14), avec des termes moins précis tels que "mésentente" ; l'évolution progressive des termes employés et le fait d'assumer des mots plus adaptés à la situation, se retrouvent dans notre étude

puisque l'on pouvait retrouver, dans le parcours d'un MG plus âgé que les autres, le passage progressif de "mésentente" à "violences" (E2).

Le Collège Royal Australien des Médecins Généralistes (RACGP) (32) cible cette différence entre violence conjugale et dispute (ou mésentente), avec l'asymétrie de pouvoir en jeu (Figure 3). Il est donc du devoir des MG, tels qu'ils le décrivaient dans notre étude, de se former et d'être à l'aise avec l'abord du sujet des violences.

Figure 3 - Violences conjugales : une asymétrie de pouvoir dans une relation abusive selon le Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) (33)



Au-delà du dépistage systématique, certains MG de l'étude avaient tendance à cibler plus facilement certaines populations : les femmes (effectivement plus fréquemment victimes de violences, conjugales, sexuelles ou physiques d'après l'INED (3), l'INSEE (4) et la MIPROF (34)), les enfants (souvent exposés directement ou indirectement aux violences, victimes de répercussions importantes dans leur développement psychosocial, comme décrit par *Mémoire traumatique* (7), Lestienne (24), et la HAS (35)) ou les populations défavorisées.

On constate l'absence d'effet-classe au niveau socio-économique relatée par la MIPROF (34), mais plutôt une majoration du risque par la précarité, dans sa définition plus globale : ainsi, la violence se retrouve moins chez un patient ayant des revenus faibles mais des supports familiaux, professionnels et sociaux adaptés que chez une personne aisée financièrement souffrant d'exclusion sociale ou familiale. Ces aprioris ont directement été critiqués par les MG car le risque de cibler ces populations, de façon plus ou moins légitime, était d'en exclure d'autres. Les hommes sont les grands oubliés comme en témoigne un article d'Abed et Meach

en 2016 dans la revue médicale suisse (36) alors qu'une étude de l'INSEE en 2012 révèle une fréquence non négligeable de violences subies par les hommes (4), ce qui est concordant avec nos résultats où les MG signalaient avoir plus de difficultés à penser "violence" chez les hommes, voire même à poser la question.

Comme le précise le rapport de l'OMS de 2014 (5), il existe un manque de données au niveau mondial sur les violences et certains types sont délaissés, comme les violences chez le sujet âgé notamment ; le parallèle avec le comportement et l'intérêt ciblé des MG interrogés peut donc éclairer ce manque de données à l'échelle globale.

Les MG ont évoqué plusieurs situations cliniques à l'origine d'un repérage de violences, qui font partie des nombreux tableaux évocateurs rapportés par la HAS (9) :

- Des troubles physiques : signes post-traumatiques évidents mais également maladie chronique déséquilibrée, et des signes fonctionnels peu expliqués par la clinique, se chronicisant avec parfois des mésusages médicamenteux,
- Des troubles psychologiques divers, plus ou moins discrets (alimentation, sommeil, mémoire), troubles anxio-dépressifs caractérisés et addictions,
- Des troubles gynécologiques : douleurs, infections, comportements à risque, IVG à répétition, et des complications obstétricales diverses.

Ces tableaux plus complets sont présentés en Annexe 5.

L'abord des violences suite à une suspicion clinique se faisait par le biais de questions ouvertes et moins directes par nos MG, afin de respecter la vulnérabilité des patients, comme décrit dans *Décliviolence* : « Comment vont les choses à la maison ? » (30). Nos MG s'adaptèrent au patient et à sa situation, amorçant les questionnements de manière à choisir le moment opportun selon leur intuition. Les MG usaient parfois d'astuces un peu plus personnelles, pour confirmer leurs soupçons ou encore amener le patient à comprendre que sa situation n'était pas normale, mais qu'il n'était pas le seul dans ce cas, ni seul avec ce poids. Ils s'aidaient de comparaisons aux connaissances médicales actuelles ou à des situations déjà rencontrées par les MG, une technique se retrouvant sur *Décliviolence* : « J'ai vu des femmes avec des problèmes comme les vôtres qui traversent des difficultés à la maison » (30).

On peut souligner que nos MG ont cité les points essentiels de *Décliviolence*, site de référence concernant les violences conjugales (37) :

- Contexte : assez de temps, environnement du cabinet, prévention auprès des jeunes,
- Principes de base : confidentialité, sécurité, autonomie, continuité des soins,
- Objectifs de la prise en charge : bien être et sécurité, retour à l'autonomie,
- Pour ce faire :
 - Avoir des connaissances,
 - Connaître les signes d'alerte,
 - Savoir utiliser les acteurs locaux,
 - Connaître ses limites,
- Communication :
 - Empathie, écoute, différence culturelle, absence de jugement.

In fine, les MG ont signifié un conseil minimal pour se lancer dans le dépistage : poser la question, écouter, redonner une consultation.

On peut comparer les pratiques décrites dans cette étude aux recommandations et usages à l'étranger.

Aux États Unis, l'United States Preventive Services Task Force (USPSTF) (38) cible certaines populations par un dépistage systématique, et notamment les femmes en âge de procréer, dotant les MG de nombreux outils pour aborder les violences en consultation.

Le Canada, au contraire, ne recommande pas de dépistage systématique des violences conjugales (en dehors des femmes enceintes) ou aux personnes âgées (39), mais y préfère un repérage précoce (40).

En Australie, le dépistage se veut systématique pour les femmes enceintes et souhaite que les MG prêtent une forte attention aux signes d'appel, s'armant d'un guide complet appelé le "White book" (le livre blanc) (32), qui est souvent remis à jour (dernière fois en 2022) et qui comporte des questions concrètes sur les violences conjugales, les violences chez les enfants, chez les personnes âgées, chez les aborigènes, les patients migrants, les personnes en situation de handicap, les personnes de la communauté Lesbienne, Gay, Bisexuelle, Transgenre, Queer, Intersexe ou Asexuelle et plus (LGBTQIA+). Les populations ciblées (femmes, enfants) à l'international se retrouvaient également dans la manière de faire de nos MG.

On constate que la question d'un dépistage systématique reste non consensuelle à l'international comme sur les recommandations françaises, et également complexe chez nos MG, bien que la tendance au dépistage systématique devienne assez récurrente dans l'évolution de l'abord des violences.

Concernant les manières de dépister en pratique, on peut noter que les Etats-Unis et le Canada s'appuient sur des outils validés sous forme de questionnaires (38) (40) avec des questions directes ou à choix multiples (comme "A quelle fréquence votre partenaire vous menace-t-il physiquement ? jamais/rarement/parfois/souvent/très souvent"), qui ont une certaine similarité avec l'abord de nos MG en ce qui concerne le dépistage. Au contraire, l'Australie précise dans le livre blanc (32) des listes de questions ouvertes ou fermées, adaptées aux différentes populations, bien moins directes (telles que "Comment ça va à la maison ?" ou encore pour les enfants "Est-ce que quelqu'un te fait peur ? Peux-tu m'en parler ?"), se rapprochant des méthodes conseillées par le site *Décliviolence* (37), les recommandations de la HAS (9), et ce que faisaient en pratique nos MG pour creuser une piste. Le RACGP précise par ailleurs la nécessité de voir la victime seule, comme ce qu'indiquaient nos MG dans l'étude. Ces mêmes recommandations donnent aussi des astuces pour aborder les violences avec les enfants et adolescents, notamment l'emploi de la troisième personne : par exemple "parfois des enfants ont peur à la maison et ne savent pas quoi faire, est-ce qu'à toi aussi, ça t'arrive ?".

Le guide australien recommande, afin de réagir à une réponse positive concernant les violences conjugales, dans le "livre blanc" (32), une posture empathique, une écoute bienveillante, évaluer et répondre aux besoins et inquiétudes, valider les paroles de la victime, discuter d'un plan de secours au cas où la situation serait rencontrée de nouveau, et lui donner des recours possibles. Tout cela concorde avec les recommandations françaises et les pratiques de nos MG.

On peut noter que dans le détail des recommandations américaines de l'USPSTF s'appuyant sur 15 études : le dépistage et le traitement des victimes de violences conjugales ou faites aux personnes âgées n'a pas d'impact négatif sur les victimes (38).

Dans les faits, on constate que les soignants aux Etats-Unis ont une tendance nette à ne pas dépister les violences conjugales ou sexuelles chez les étudiantes qu'ils suivent régulièrement ; 15 % des soignants interrogés dépistent seulement dans l'étude de Sutherland (41). Hegarty (42) évoque en 2001 87 % de patientes victimes de violences conjugales n'ayant jamais été questionnées sur le sujet par leur MG. Les difficultés au dépistage se confirment donc de façon internationale. Une méta analyse de 2012 (43), ayant passé en revue 22 études de différents

pays (incluant les Etats-Unis, le Pakistan, le Canada et le Nigéria) rapporte des freins assez récurrents dans le dépistage de violences conjugales, notamment l'inconfort personnel quant au sujet des violences, le manque de connaissance et de temps.

Suite à une réponse positive, les MG évaluaient la situation (la nature des violences décrites, la recherche d'autres types de violences, leur gravité et le niveau de dangerosité) comme ce qui a pu être conseillé par la HAS (9), et *Décliviolence* (30). Ils questionnaient les patients sur ce qui avait déjà été réalisé pour cibler ses besoins dans l'accompagnement à venir. Dans leur façon de diriger ce premier pas dans la thérapeutique, les MG évoluaient dans une démarche bienveillante, empathique, comme on peut le retrouver dans les recommandations de la HAS (28), sur le site *Décliviolence* (37) ou encore dans le guide de soins proposé par le site *Mémoire traumatique* (27). Ce dernier souligne, de concert avec la HAS (9), la nécessité de ne pas porter de jugement mais de légitimer la démarche de la victime, avec un rappel de la loi et une démystification des processus d'emprise potentiellement en place. Cette attitude est attendue par les victimes de la part de leur MG, comme le rapporte l'étude du Dr Durand (26). Les MG laissaient beaucoup plus de temps de parole aux patients qui souhaitaient développer la situation ; tout respectant leur temporalité, quitte à programmer une consultation ultérieure en l'absence de situation urgente. Les recommandations HAS (9) et le site *Décliviolence* (44) précisent qu'une reformulation, telle que celle menée lors d'un entretien d'éducation thérapeutique, peut permettre d'aider la victime à se réapproprier ses déclarations. Lors de cette reformulation, une précaution sur le vocabulaire doit être prise, sans que cela ait été abordé par nos MG ; *Mémoire traumatique* (27) détaille les termes à éviter, notamment les termes à connotation affective comme "tonton" (plutôt "oncle"), ou le registre des relations sexuelles (comme "rapports" ou "caresses") lorsqu'il s'agit d'une agression sexuelle.

Concernant la thérapeutique, l'étape préalable était d'évaluer le degré d'urgence et de mettre si besoin le patient victime à l'abri, comme conseillé par la HAS (9), le site *Décliviolence* (45,46), et comme rappelé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (47). Les recours urgents possibles afin de mettre les victimes à l'abri étaient multiples : hébergement d'urgence, informations sur l'avantage d'une plainte pour se protéger de "l'abandon de

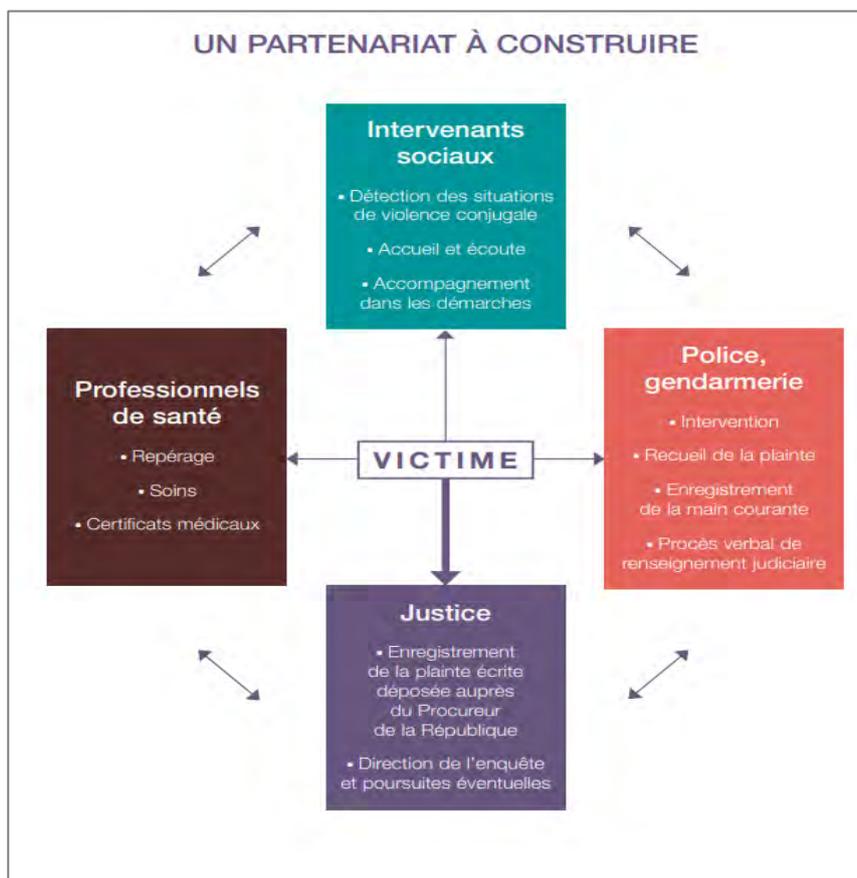
domicile”, CIDFF, signalement au procureur ou à la Cellule de Recueil d’Information Préoccupante (CRIP) comme le précise le CNOM (48) (47), certificat médical descriptif, plan et numéros d’urgence. Dans d’autres situations, où la victime adulte ne souhaitait pas agir, certains MG prévoyaient un plan d’action anticipé, ce qui est concordant avec les dernières fiches conseil de la HAS concernant les femmes victimes de violences conjugales (9), avec les conseils de *Décliviolence* (46), ou les recommandations australiennes (32). Ce plan consistait par exemple à donner une liste de numéros d’urgence, à “être prêt” à partir et à savoir où aller (amis, famille etc...).

Il fallait ensuite établir un lien avec le patient et instaurer un suivi régulier comme décrit dans le site *Décliviolence* (49). La première étape était la prise de conscience des violences et du statut de victime par le patient, ce qui levait en grande partie la culpabilité initiale dans le processus de soins. Certains MG tentaient l’emploi d’outils de compréhension comme le violentomètre (Annexe 6), ou encore s’aidaient du lien entre les violences et les symptômes ressentis : pourtant la MIPROF conseille (50) de ne pas argumenter, puisque cela ne fait que renforcer la résistance au changement.

Le MG était alors considéré comme le garant de l’organisation du suivi et de la prise en charge, position légitimée par la relation née de la révélation des violences. Nos MG soulignaient un partenariat entre le patient victime et son MG, avec la nécessité de définir des objectifs communs. Par sa connaissance du patient, il pouvait alors organiser au mieux la thérapeutique et l’adapter à chacun comme le conseille le site de référence *Décliviolence* : “La patience et le respect des décisions de la patiente sont les maîtres-mots de cet accompagnement.” (46). Il pouvait agir tout de suite, préparer un plan d’action si nécessaire, et prendre en charge les conséquences. Pour se faire, il utilisait un réseau territorial riche, avec : les psychologues, les assistantes sociales, le CIDFF, la gendarmerie, les associations de patients ou encore l’aide d’un autre spécialiste, ce qui correspond aux aides décrites par *Mémoire traumatique* (7,27). Cette démarche de soins correspond à celle décrite dans le référentiel métier de la médecine générale de 2009 : poser un diagnostic global de la situation, élaborer un projet d’intervention global négocié avec le patient, mettre en œuvre un projet thérapeutique, effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge, effectuer un suivi en temps différé, dont certains points sont repris par la HAS (35).

A noter qu'un Diplôme universitaire existe à Bordeaux sur la prise en charge des victimes de violences, au sens large, bien qu'il se concentre sur les violences sexuelles (adulte ou enfant) ou violences entre partenaires intimes (51).

Figure 4 - Comment orienter par la MIPROF (8)



Les difficultés rencontrées étaient liées au fait que le patient victime pouvait être comparé à un patient chronique : “un pas en avant, un pas en arrière” ; sa motivation et son observance étant variables dans le temps, une rechute était toujours possible. *Décliviolence* le confirme : “La résolution de la situation ne sera pas immédiate” (46). Le tabou sociétal, et/ou l’emprise freinaient la libération de la parole.

De plus, on remarque que les études, notamment celle du Dr Fassin (52) et les recommandations de la HAS (35) sont très claires sur l’utilisation du signalement ou de l’information préoccupante chez l’enfant mais que ceux-ci ont l’air peu utilisés en pratique, comme le souligne la thèse du Dr Weisse (53), et le peu de référence de nos MG à ces recours.

Des particularités liées aux violences elles-mêmes pouvaient ralentir la thérapeutique ou encore la mise à l'abri, comme la définition de l'emprise dans le cadre de la levée du secret médical pour violences conjugales, ainsi que le décrivent la HAS (9), et le CNOM (54).

La thérapeutique principale était le recours au psychologue, pouvant s'avérer trop cher pour le patient. Il n'existait pas de standard de prise en charge, ou alors ces standards n'étaient pas connus, ce qui amenait les MG à organiser le leur. De plus, la connaissance des violences pouvait mettre le médecin en danger, notamment par la confrontation potentielle avec l'auteur comme le confirme *Décliviolence* (55). D'autres difficultés étaient extérieures au monde médical comme le fait que les victimes ne portent pas plainte, tel que décrit par la MIPROF (34) ou le mauvais fonctionnement des services de police, ainsi que le soulignait l'étude de Lestienne sur les expériences et attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile quant au rôle du MG (24).

Les MG ont essayé de contourner ces difficultés en se formant, en reconnaissant leurs limites (comme l'encourage *Décliviolence* (56)) et en sachant faire appel à leur réseau, tout en développant leur manière de faire et d'accompagner. Le remboursement de la psychothérapie représentait une aide précieuse pour un de nos MG situé dans une zone soumise au dispositif d'évaluation, généralisé depuis le 5 avril 2022 (57).

Certains points permettaient de soulager les médecins, tant sur le plan thérapeutique que personnel, comme les débriefs en équipe - encouragés par les victimes de l'étude du Dr Lestienne (24), ou une bonne connaissance du réseau.

A noter qu'une prise en charge de bonne qualité semblait permettre une amélioration de la qualité de vie des patients, mais le type d'étude réalisée ne permet pas de conclure à ce sujet.

On peut noter en comparant les différentes références bibliographiques concernant la prise en charge de violences particulières (violences conjugales, les mutilations sexuelles sur mineur, la maltraitance chez l'enfant, l'inceste, les violences institutionnelles chez les mineurs placés ou encore les patients hospitalisés atteints de maladies psychiatriques par la HAS (58), chez les femmes victimes de violences conjugales par le Dr Durand (26), le travail de validation du WAST (31) et *Décliviolence* (46), chez celles victimes de violences sexuelles par le Dr Palisse (25)) de nombreux points communs dans les objectifs recommandés :

- S'informer/se former sur les violences

- Repérer les situations à risque
- Interroger la supposée victime seule
- Prendre en charge l'urgence
- Accompagner

La littérature se concentre sur les violences conjugales faites aux femmes, probablement en lien avec les mouvances sociétales actuelles. Cependant, comme on vient de le souligner, l'abord et la prise en charge des victimes de divers types de violence ont des grandes lignes communes. On pourrait imaginer un élargissement des recommandations concernant les violences conjugales faites aux femmes aux autres types de violences, afin de réaliser un guide "général" sur la prise en charge des violences, tout en notant les subtilités spécifiques à certaines situations, comme cela a pu être fait pour l'addictologie où certains concepts ont d'abord été développés pour l'alcool, puis élargis petit à petit à d'autres substances, comme le rapporte SOS addictions (59).

Le fait de connaître les patients personnellement faisait craindre à un MG un blocage aux révélations ; le suivi de l'auteur et de la victime en simultané représentait également une difficulté. Comme en écho à cette crainte, une étude de Bannier sur la place du MG dans le dépistage des violences conjugales (60) évoque le fait de suivre le conjoint auteur de violences conjugales comme frein aux révélations de la patiente consultant le MG. On pourrait élargir cette réticence au fait de connaître le conjoint et la patiente elle-même dans la sphère privée, bien que l'étude de Bannier évoque une parade en rappelant l'importance de bien définir le cadre de la consultation comme étant protégé par le secret médical, ce que faisait très clairement un de nos MG (E5).

Certaines situations (violences pédiatriques ou actuelles) créaient un malaise chez certains MG. Le fait d'avoir connaissance des violences pouvaient produire de l'indignation, un impact physique et psychologique chez certains MG, pour lequel on trouve un parallèle dans les travaux du Dr Fassin (52) et dans le DU pour la prise en charge des victimes de violences (51) : il avait déjà souligné l'existence d'un impact émotionnel important, avec de la colère, de la culpabilité, de l'incrédulité de la part du MG, qui fait tout de même face grâce à son professionnalisme, à sa détermination et à sa capacité à reconnaître ses limites, à débriefer avec des confrères ou à passer la main si nécessaire, comme le conseille *Décliviolence* (37).

Certains MG de notre étude pouvaient parfois s'identifier au patient victime de violences ou même à l'auteur, ce que le travail de thèse de Weisse appréhende comme un frein potentiel au dépistage des violences chez les mineurs (53).

L'échec de dépistage et les chronicisations peuvent frustrer les MG, ce qui est confirmé par *Décliviolence* (37), Weisse (53) et Simonin (61), qui rapportent le sentiment d'impuissance et de solitude exprimé par des MG face à des impasses de prise en charge. Le fait de dépister a aussi fait réfléchir les médecins sur leur vie privée, comme la remise en question de méthodes d'éducation par exemple, ce qui a été évoqué dans le travail de Dautrevaux (18).

Mais finalement, le dépistage permettait tout de même d'enrichir la pratique de médecine générale, était globalement bien vécu, par les patients comme par les MG, donnant un sentiment d'accomplissement au MG et améliorant la qualité de vie des patients. Cet aspect valorisant du dépistage n'est que rarement exploré dans la littérature mais se retrouve dans le travail du Dr Boismain, explorant initialement les freins au dépistage (15).

Nos MG étaient globalement jeunes et particulièrement engagés dans la médecine centrée sur le patient, comme en témoignent leurs discours lors des entretiens (médecins engagés dans des associations, se déclarant militants, ouverts à la discussion). On retrouve cette notion de médecins "proactifs" dans un rapport gouvernemental de 2017 concernant la prise en charge des violences conjugales par Balle et Garib (62). Ils réfléchissaient en remettant en question régulièrement leur pratique, comme nombre d'entre eux l'ont souligné et comme en témoigne leur engagement en matière de formation (tous MSU, en cours de formation ou souhaitant l'être). Ils ont vécu une expérience de sensibilisation, parfois suite à des conversations entre pairs, des vidéos ou de la littérature - ou encore une confrontation à une situation de violence - ayant motivé une amélioration de leur pratique via la mise en place du dépistage.

Progressivement, ils ont fait évoluer leur manière de faire en se formant sur le sujet, ou ont tiré parti de formations annexes moins ciblées "violences". Une étude britannique de faible effectif menée par Feder et Davies (63) souligne le poids de la formation dans la pratique du dépistage par les MG, avec une tendance à dépister trois fois plus chez les médecins formés par rapport

aux non formés. De la même façon, on retrouve dans une étude que la formation peut être un facteur d'engagement chez des travailleurs sociaux (64).

On constate que les recommandations existantes de la HAS ne sont pas une source de référence pour les MG. Ils se sont plus appuyés sur du partage d'information entre pairs, d'expériences pour s'approprier le dépistage, et de littérature grise pour les signes d'alerte et la prise en charge.

Ils ont ensuite développé leur propre manière de répondre, guidée par leur ressenti, leur expérience et la connaissance mais surtout par la demande de leurs patients. Cette démarche réflexive, déjà évoquée dans des recommandations de HAS (65), et soutenue par plusieurs formations initiales des MG, notamment les DUMG de Strasbourg (66) et de Rouen (67) ainsi que par la revue de médecine générale *Exercer* (68) ; vient renforcer l'action des MG.

Si besoin, une réflexion de groupe sur des cas complexes, permettait parfois de passer le relais lors de difficultés particulières, en faisant jouer le réseau, comme conseillé par le site *Décliviolence* (56).

La Figure 5 permet de résumer le parcours de nos MG ayant mis en place le dépistage des violences en pratique courante : avec les prérequis, les supports, les soutiens, l'équilibre de sa pratique, les objectifs et accomplissements suivant cette démarche.

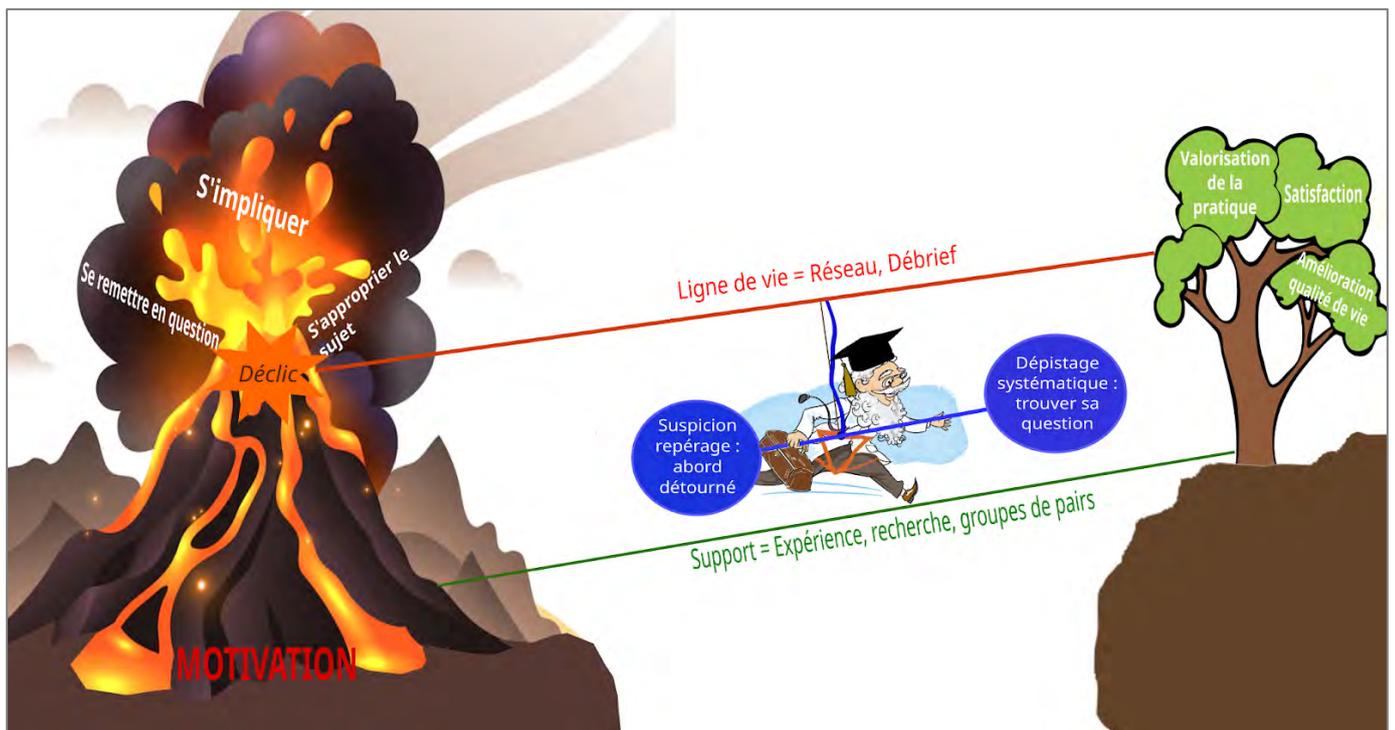
Afin d'illustrer au mieux le processus qui mène un MG vers l'abord des violences, le schéma suivant nous a paru judicieux. En effet, cette démarche provient d'une accumulation de réflexions (volcan), qui explose suite à un évènement particulier, qui peut être, comme on l'a vu, parfois traumatisant pour le MG. Celui-ci est alors obligé de faire évoluer sa pratique, en s'appuyant sur des aides multiples qui le sécurisent (ligne de vie et supports), afin de la rendre plus enrichissante et fertile (arbres).

Ce qui fait qu'un MG va se lancer dans ce type de pratique dépend de l'instabilité du volcan, donc de la multiplicité des réflexions et remises en question du MG, mais aussi de la force du décliv. On peut donc imaginer que les MG qui se sont lancés dans l'abord des violences au quotidien avaient soit beaucoup réfléchi à la question avant qu'un évènement propice se présente, soit vécu un évènement particulièrement dramatique, qu'ils ne pouvaient fuir.

La mise en place de cette pratique nécessite des aides qu'ils doivent eux-mêmes mobiliser (réseau, recherche, groupe de pairs), ainsi s'arnacher à une ligne de vie, et de poser les pieds au

bon endroit. Il est possible que certains MG ne se soient pas engagés sur cette voie par manque de recours et de soutien.

Figure 5 – Parcours des MG dans la mise en place du dépistage des violences :



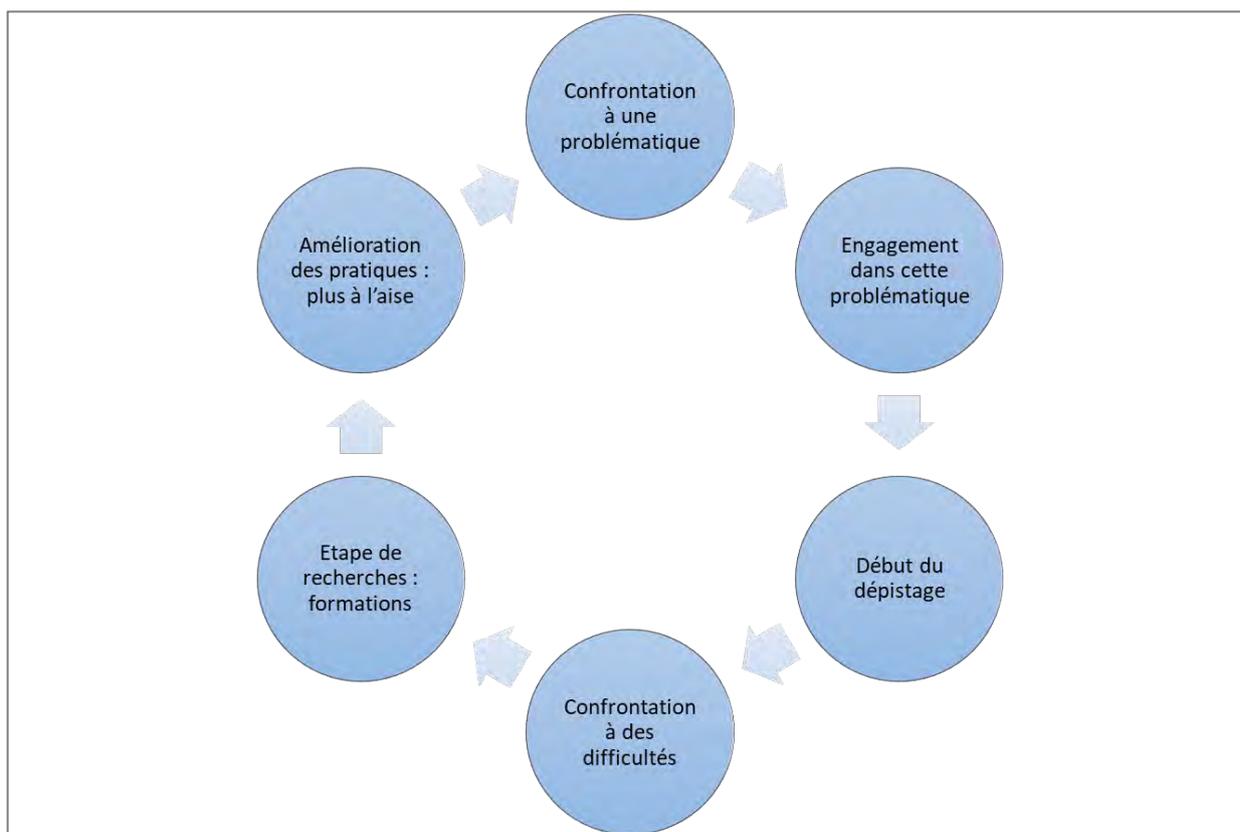
Le contournement des freins rencontrés par nos MG et par les auteurs d'autres travaux (Boismain (15), Dautrevaux (18), Lestienne (24), Weisse (53), Simonin (61), Quenot (69), Van den Akker (70), Sutherland (41) et Malhanche avec *Décliviolence* (71)) sont exposés dans le tableau en Annexe 7.

On note dans ce tableau que les appréhensions des MG quant aux réactions des patients n'étaient globalement pas validées dans la réalité, que le dépistage était bien accueilli par les patients, ce qui constituait probablement un renforcement positif de leur démarche. De plus, on constate que, via la réflexion sur leur pratique et la mise en place de thérapeutiques adéquates, mais également via l'évolution personnelle des MG (formation continue, sensibilisation, retour d'expérience...), ils arrivaient à dénouer de nombreuses problématiques dans cette démarche de dépistage. L'abord des violences en pratique courante était globalement bien vécu par les MG.

Finalement, peu de freins subsistaient et ne semblaient absolument pas les bloquer dans leur pratique : pourquoi ? Nous avançons l'hypothèse que peut-être la notion d'incertitude et le principe de perfectibilité de la démarche de soins en médecine générale deviennent beaucoup plus tolérables pour les MG lorsqu'ils s'engagent activement et s'impliquent dans le dépistage des violences. Peut-être parce que ces derniers comprennent que tous les freins ne seront pas maîtrisables, et qu'il demeure important d'en avoir conscience pour pouvoir, comme l'a rappelé un MG interrogé, se défaire de ses craintes et ainsi avancer dans la pratique d'une médecine centrée patient.

Dans cette démarche réflexive, qui souligne une évolution professionnelle des pratiques et un engagement personnel éthique, le fait que nos MG s'avèrent MSU semble assez logique, puisqu'ils cherchent ainsi à se remettre en question et s'améliorer en permanence, tout en se confrontant à une autre vision de leur pratique.

Figure 6 - Illustration d'une démarche réflexive



Nos MG ont donc mis en place ce dépistage avec leur façon de faire, celle qui les mettait le plus à l'aise possible, mais finalement très similaire entre eux. On peut remarquer que dépister les violences ne nécessite pas de formation particulière, cette dernière demeurant par contre très utile pour organiser le suivi et la prise en charge globale.

Au fil des entretiens avec les MG, le versant sociétal semblait important dans leur démarche, notamment l'évolution des mœurs et la levée du tabou, mais également dans la facilitation des révélations des patients. On retrouve cette notion dans le travail du Dr Simonin (61) qui explore plusieurs évolutions : l'impression de facilitation par médiatisation, une visibilité et une légitimité données aux victimes, une sensibilisation générale mais aucun praticien dans ce travail ne relevait d'augmentation de révélations dans leur patientèle, et au-delà, aucun n'a perçu de changement dans sa pratique. Ils évoquent même les dérives de cette médiatisation, à l'image de ce que l'on pouvait retrouver ponctuellement dans les remarques de

certaines MG de notre étude : la recherche du sensationnel, le phénomène de “mode”... On pourrait également évoquer le risque du jugement médiatique, hâtif et partial, comme peut l'illustrer l'affaire Depp-Heard.

Bien que les situations ayant conduit les MG à dépister semblaient être différentes, elles les ont menés à s'engager dans une quête commune : l'amélioration de leur pratique. On constatait cet engagement dans la recherche de symptômes atypiques dans le repérage, qui dépassait largement la recherche des traces physiques des violences, et marquait la subtilité de leur analyse ; mais également dans leur réflexion pour minimiser les violences dans les soins et mettre en place une prévention primaire des violences, à leur échelle. Pour une MG, il s'agirait de prendre en charge les auteurs de violences au même titre que les victimes, du fait de l'intégration dans un système de soins plus global, en prévention secondaire, comme conseillé par la HAS (72,73). La plupart de ces points ont été abordés spontanément. Les MG interrogés n'ont également pas manqué de conseils aux médecins voulant mettre en place le dépistage des violences et d'idées pour améliorer leur manière d'aborder ce sujet avec les patients. Cela peut peut-être être lié au fait que nos MG soient tous MSU ou en voie de l'être.

On constate donc que nos MG ne se contentaient pas de répondre à une problématique ponctuelle, mais s'engageaient dans un nouveau champ d'application de la médecine générale dans toute sa diversité : basée sur le patient, prendre en charge la situation dans sa complexité, avec tous les à-côtés (prévention et dépistage notamment), telle que décrite par Beck et Cavalin dans l'état des lieux de 2010 sur les violences en France (1) et par l'OMS en 2002 (2).

Si l'on résume la réflexion, le dépistage et la prise en charge des violences sont finalement comparables à n'importe quelle situation de médecine générale. Il “suffit” d'y penser, d'être prêt à prendre en charge les patients en activant un réseau de soins, et de les accompagner dans leur cheminement.

Nos MG se sont particulièrement engagés dans une remise en question, et de plus le sujet les a touchés. Pourquoi certains MG préfèrent la santé de la femme et d'autres la gériatrie ? C'est la rencontre entre certaines affinités personnelles et une situation particulière qui les a fait se lancer dans le dépistage. On peut remarquer que sur les dix MG de l'étude, la majorité a une patientèle jeune ou féminine, qui, on l'a vu, est plus fréquemment touchée par les violences, mais surtout par un type de violence particulièrement exposé par les médias et les politiques de santé : les violences conjugales. Cela s'inscrit dans la société actuelle de rupture du tabou des violences comme en témoignent de nombreux médias et affaires publiques récentes.

L'évolution médicale suit l'évolution sociétale. Un exemple historique en est la recherche sur le cancer dans les années 40 aux États-Unis où les associations et lobbies (les Laskerites) ont motivé les politiques de santé publiques et augmenté les fonds alloués aux recherches, à coup de pression médiatique sur le gouvernement, tel que rapporté par Mukherjee (74) ; le parallèle avec les violences pourrait être réalisé au vu des mouvances actuelles. De plus en plus de médias en parlent, et de plus en plus de recommandations, d'articles, de sites internet se dédient à leur prise en charge.

Le fait que de nombreuses associations de victimes, plus ou moins formelles, et que les réseaux sociaux aient une visibilité médiatique plus importante, comme on peut le voir dans le mouvement #metoo ou dans l'affaire Orpea, serait-elle un vecteur de rupture de paradigme et de lancement d'une politique de santé publique plus vaste sur la violence institutionnelle ? On pourrait en tout cas l'imaginer pour l'avenir.

Nos MG ont proposé des axes d'amélioration concernant le dépistage des violences et la prise en charge de leurs patients :

- La prévention primaire via l'information du grand public,
- Le développement du dépistage à grande échelle,
- L'implication des professionnels de santé, via leur sensibilisation, leur responsabilisation et leur formation,
- Le dépistage et la prise en charge des auteurs, comme l'a déjà évoqué Boismain (15)
- Le développement du réseau avec les acteurs locaux de la prise en charge (on constate en effet que les outils créés ne sont pas utilisés par ces MG, mais que le réseau local compte énormément dans leur démarche thérapeutique et le lien est souvent fait en amont de celle-ci),
- La formalisation d'une prise en charge globale des victimes de violences, qui n'exclut aucun type de patient, et qui puisse être diffusée chez tous les soignants,

On peut noter que de nombreuses études se sont déjà penchées sur le sujet de l'amélioration des pratiques. Cela passe en outre par des politiques d'action publique et des initiatives dans le secteur de la santé, comme l'évoque le rapport RESPECT women de l'OMS (75). Le premier objectif est que le sujet des violences, en l'occurrence faites aux femmes, prenne sa place de

problème majeur de santé publique. La sensibilisation des professions concernées, le dépistage, le repérage de situations à risque sont ciblés par de nombreuses sources (Renzi et Farge (19), *Décliviolence* (56), Compétences en médecine générale dans la revue *Exercer* (68)) et deux recommandations de la HAS soulignent l'intérêt de la prise en charge des auteurs (72,73).

Certains pays ont mis en place des programmes d'aide aux victimes ou de prévention à grande échelle comme :

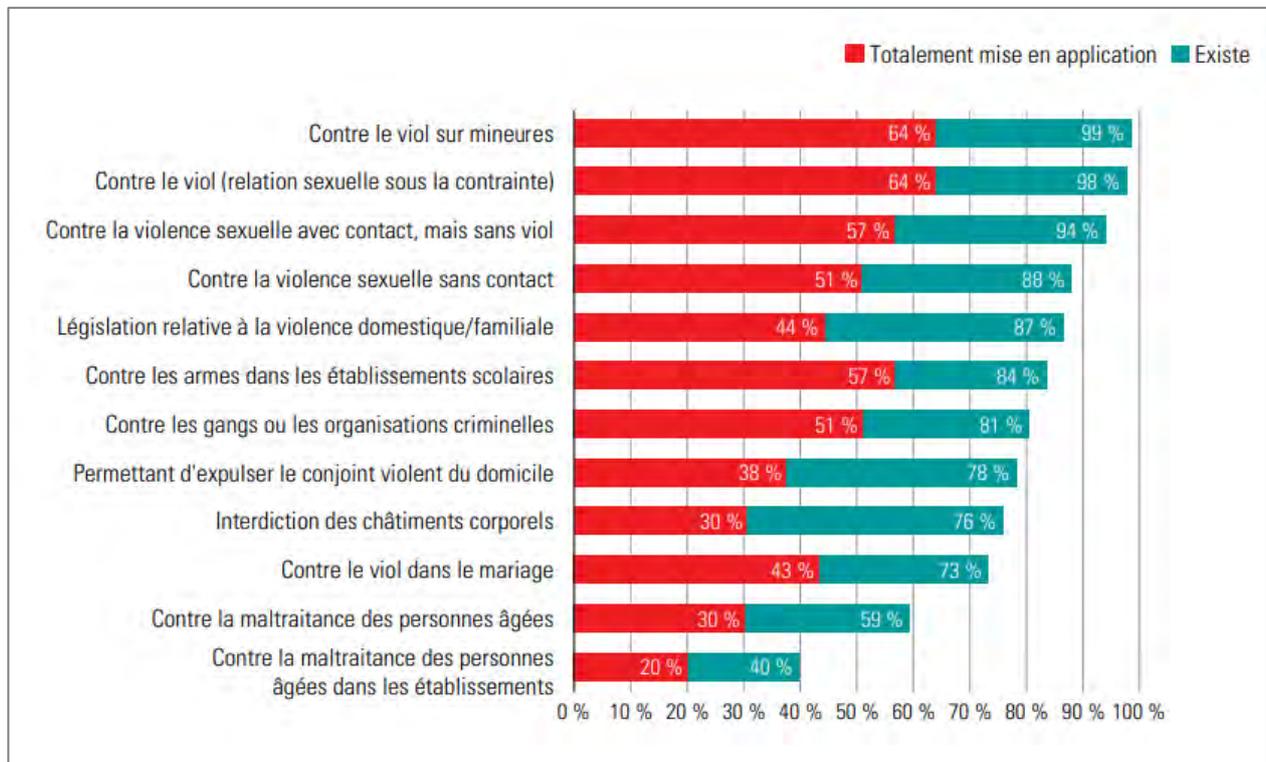
- La France avec le programme « Arrêtons les violences » (76)
- Le Royaume-Uni avec le programme “What Works to Prevent Violence Against Women and Girls Global Programme” (Quels sont les moyens pour prévenir la violence à l'égard des femmes et des filles) (77) présent également en Afrique, en Asie et au Moyen Orient,
- La Catalogne avec le programme “Protocol for approaching Violence Against Women in Health Care in Catalunya (PAVIM) 2009.” qui considère les violences faites aux femmes comme un vrai problème de santé publique, en se concentrant sur 4 axes : la prévention, le repérage, prise en charge et évaluation de cette prise en charge et qui a bénéficié d'une réévaluation en 2021 (78),
- L'Australie avec le programme “Abuse and Violence” du collège national des MG (32),
- Les Etats-Unis avec le programme Violence prevention (79),
- Le Canada qui ne se focalise pas sur un type de violence en particulier (Prevention of Violence Canada (80)).

Ces programmes soulignent la multidisciplinarité de la prise en charge des violences au sens large, de la prévention au traitement des conséquences, comme évoqué par Renzi et Farge dans leur publication (19) et dans l'étude de Simonin (61).

Dans un rapport de 2017, l'OMS note qu'un frein à la bonne prise en charge globale des violences interpersonnelles est le manque d'effectifs soignants formés et sensibilisés à ce sujet, tout comme le défaut de prévention (81).

Cependant, d'après un autre rapport OMS de 2014 sur la prévention de la violence dans le monde (5), les lois cherchant à prévenir la violence ne sont que partiellement appliquées, comme en témoigne la Figure 7 suivante.

Figure 7 - Proportion de pays dotés de lois visant à prévenir la violence et mesure dans laquelle les pays indiquent que ces lois sont pleinement mises en application (n = 133 pays) par l’OMS (5)

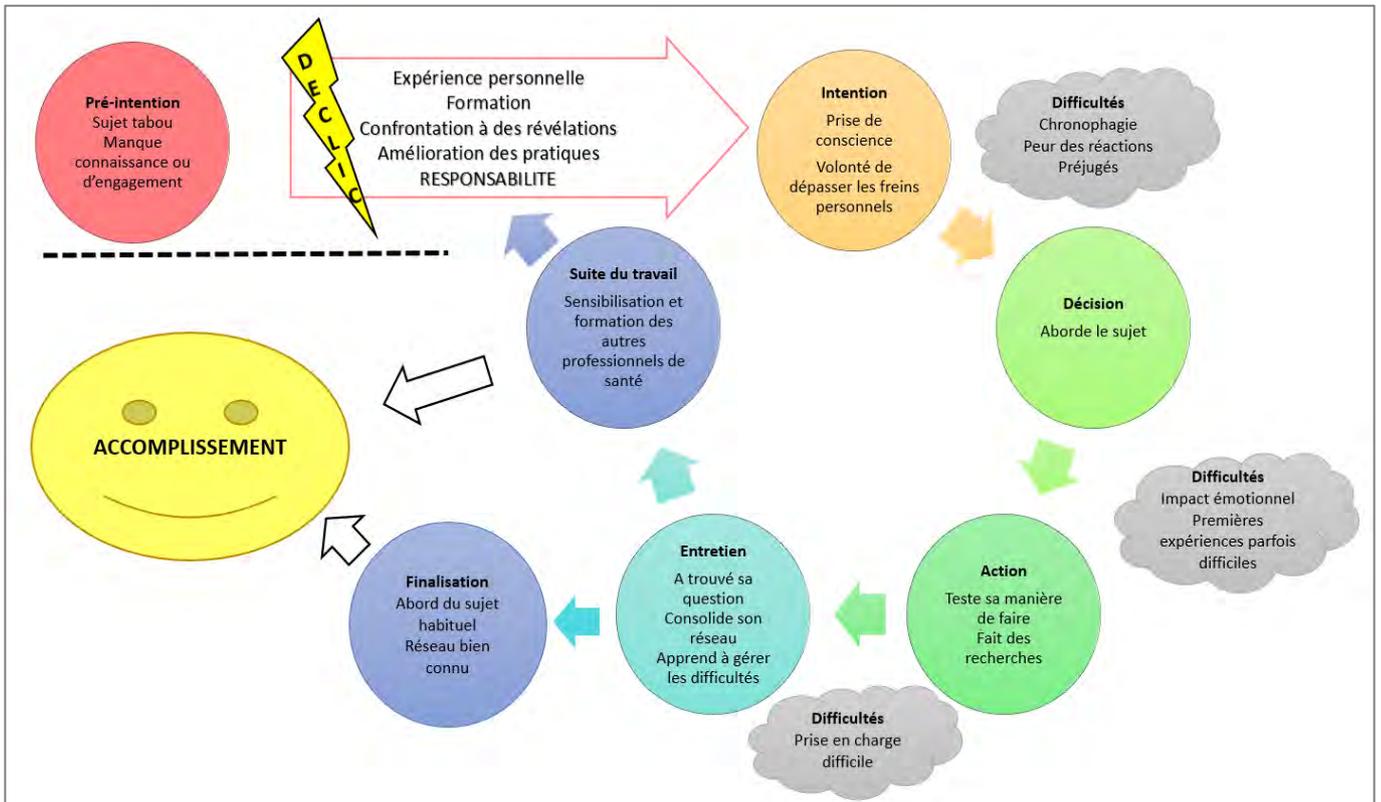


Des pistes sont évoquées pour améliorer le dépistage, comme l’optimisation des qualités de communication des MG en Australie par Hegarty (42) ou des programmes de formation spécifiques pour le dépistage par les MG en Grande-Bretagne par Feder (63).

On peut donc constater que les mêmes problématiques se retrouvent dans la démarche de nombreux MG et que les publications visant une amélioration des pratiques ne manquent pas à ce sujet.

Que peut donc faire le MG à son échelle ? Nos MG sont entrés dans une réflexion globale, ont modifié leur démarche de soins et cherchaient à inspirer les autres professionnels de santé (Figure 8). A défaut d’un engagement aussi militant, les MG qui ont moins d’affinité avec ce sujet pourraient savoir repérer et aborder les violences pour adresser les patients dépistés aux MG les plus à l’aise sur ce sujet.

Figure 8 - Application de la réflexivité dans le parcours de nos MG dans la mise en place du dépistage et la prise en charge des violences



D'autres travaux de recherche seraient à mener suite à cette étude, explorant :

- La définition des violences en comparant les représentations des MG et des patients,
- Le dépistage et la prise en charge des auteurs de violence,
- Les points communs et divergents entre attentes des patients face aux autres soignants (hors MG) dans le suivi suite à un dépistage (le rôle du MG est-il particulier ?),
- L'influence de la médiatisation (vue par les MG et/ou les patients) sur la prise en charge des victimes de violences ; le récent travail de Simonin (61) avait pu explorer l'impact de la médiatisation des violences spécifiquement faites aux femmes sur leur prise en charge, mais un élargissement aux violences globales serait également intéressant,
- Un complément d'étude par focus group pour explorer les possibles élargissements du sujet, malgré le risque de sujets tabous n'aboutissant pas à des réponses concrètes, dans ce contexte.

- De plus, des études pourraient préciser l'évaluation de la qualité de vie des patients suite à un dépistage et une prise en charge dans le cadre de violences (en interrogeant par exemple d'anciennes victimes, prises en charge par leur MG suite à un dépistage). En effet, bien que nos MG donnent des exemples significatifs d'amélioration nette, aucune donnée pleinement significative n'a été retrouvée en ce sens.

CONCLUSION

Les violences sont fréquentes et graves : de nombreux travaux soulignent la place privilégiée du MG dans leur dépistage et au-delà, dans la prise en charge des victimes.

Nous avons réalisé cette étude qualitative par 10 entretiens semi-dirigés (menés entre août 2020 et août 2021) afin de mettre en évidence la façon dont certains MG ont intégré la question des violences dans leur pratique.

Les MG qui dépistent le font suite à une situation déclic, incorporant leur manière de faire à leur routine, s'adaptant aux difficultés via un réseau, et réfléchissant à l'amélioration de leurs pratiques.

La démarche de ces MG s'inscrit dans un processus plus global de démarche réflexive, cherchant à dompter l'incertitude de la médecine générale, soulignant un engagement personnel éthique profond. En s'accommodant des freins au dépistage qui ne peuvent pas être contournés, ils tentent d'adapter les recommandations de la littérature à leur pratique quotidienne.

Nous pouvons donc suggérer que le MG ayant intégré la question des violences à sa pratique est un praticien militant ayant mis en place une démarche réflexive de routine au sein d'une démarche citoyenne et éthique plus globale.

Il serait licite de s'interroger sur les moyens d'aider d'autres MG à s'approprier le mode de pensée réflexif, afin d'optimiser ce genre de prise en charge complexe.

Signatures et tampons :

Doyen de la faculté + permis d'imprimer

Président de Jury

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien de l'entretien test/entretien 1

Introduction

Bonjour, je suis Marie MEYER/Amandine BOINEL, merci de participer à ce travail de thèse sur les manières de dépister les violences en médecine générale.

Si vous le permettez, je vais vous enregistrer avec un dictaphone : l'entretien sera retranscrit par écrit en intégralité. Je détruirai les bandes à la fin de l'étude. Les données seront anonymisées et chaque entretien sera identifié par un code : votre nom n'apparaîtra jamais. Nous conserverons une distance minimale de 2m entre nous pour vous permettre, si vous le souhaitez et sans obligation, de ne pas porter de masque.

N'ayez aucune inquiétude, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, je cherche juste à comprendre comment vous faites pour dépister les victimes de violences ?

Pour commencer, dans ce travail, j'utiliserai une définition de la violence établie par l'OMS, sans la notion d'intentionnalité qui élude certaines maltraitances notamment, qui nous servira de base pour la suite de l'entretien.

“C'est l'utilisation de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.”

Nous allons commencer par des questions à propos de vous :

- *Caractéristiques des participants* : Genre, âge, mode d'exercice (seul/groupe/MSP, rendez-vous libre ou consultation planifiée), ancienneté d'installation, formations universitaires ou post-universitaires, situation familiale (couple enfants ?), MSU ?

Racontez-moi la dernière consultation où vous avez cherché à dépister des violences (que la réponse ait été positive ou négative).

Puis...le dépistage :

- *Avant :*
 - Comment en êtes-vous venu.e.s à mettre en place un dépistage au cabinet ?
 - Une situation particulière vous a-t-elle amené à faire ce dépistage ? pouvez-vous me la raconter ?
 - En quoi cette expérience a-t-elle influencé votre pratique ?
- *Pendant :*
 - Du coup, comment faites-vous pour dépister les violences en pratique ?

Questions de relance :

- Pouvez-vous me décrire votre méthode ?
- Quelles phrases ou quels mots utilisez-vous ?
- De manière systématique ou ciblée ?
- Sur quels critères/signes d'alerte/symptômes/plainte/circonstance ?
- A quel moment du suivi ?
- De façon unique ou répétée ?
- Avez-vous des méthodes par tranches d'âges ou par genre ?
- Comment avez-vous réagi ou qu'avez-vous ressenti la première fois qu'on vous a répondu oui ?

Question de relance :

- Quel a été votre premier réflexe ?
- Comment avez-vous poursuivi l'entretien ?
- De quelle manière cela a pu influencer le reste de la consultation ?
- Comment gérez-vous la réaction des patients surpris ?
- Et quand on vous répond non, comment réagissez-vous ?
- Est-ce que le fait d'avoir posé la question/abordé le sujet a eu, à votre avis, un impact sur la suite de la consultation ? si oui, lequel ?
- *Après :*
 - Comment a évolué votre pratique du dépistage des violences ? ... avec le temps et vos expériences ?
 - Quelle prise en charge proposez-vous aux patient(e)s dépisté(e)s ?
 - Sur quelles structures et quels acteurs locaux vous appuyez-vous ?
 - Quels ont été les réactions et les retours des patient(e)s ? (répondant positivement ou non) ?
- *Actualités :*
 - Que pensez-vous des recommandations actuelles du dépistage des violences ?
- *Perspectives d'avenir :*
 - Avez-vous des pistes d'amélioration pour les médecins généralistes en difficulté sur ce sujet ?
- *Avant de conclure cet entretien :*
 - Y a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez aborder ?

Merci du temps que vous m'avez accordé et des informations que vous m'avez apportées. Nous pouvons vous envoyer une copie par mail de la thèse finalisée si vous le souhaitez.

Marie/Amandine.

Pour l'entretien 2 :

- Ajout après la définition : "Cela peut donc être des violences, physiques, psychologiques, économiques ; au travail, à la maison, dans la rue, à l'école, en institution etc. Notre intérêt se porte sur la manière de dépister et non pas sur un type de violence en particulier, d'où cette définition assez large."
- Ajout dans les caractéristiques des participants : "autre activité ? type de la patientèle ?"
- Fin de question d'introduction : "[...] si vous en avez une en tête ?"
- Ajout dans l'avant-dépistage : "Avez-vous fait une formation particulière afin de dépister les violences ?"
- Ajout dans "pendant le dépistage" : Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors du dépistage ?
- Ajout dans l'après-dépistage : "Quel impact y a-t-il pu avoir sur votre pratique générale de la médecine ?" et "Quel impact y a-t-il pu avoir sur votre vie privée ?"

Pour l'entretien 3

- Ajout dans "pendant le dépistage" après "Avez-vous des méthodes par tranches d'âges ou par genre ?" : "pour les enfants ou les personnes âgées par exemple ? même question pour un homme ou une femme ? en plus"

Pour l'entretien 4

- Ajout dans l'avant-dépistage, après "comment en êtes-vous venu.e.s à mettre en place un dépistage au cabinet ?" : "externe, interne, en exercice ? en plus"
- Modification de "Comment avez-vous réagi ou qu'avez-vous ressenti la première fois qu'on vous a répondu oui ?" remplacé par : "Comment réagissez-vous sur le moment lorsqu'on vous répond "oui"?"

Pour l'entretien 5

- Modification de la définition des violences : "Dans ce travail, j'utilise une définition de la violence provenant de l'étude "Violence et santé 2010" (DREES : direction de la recherche des études d'évaluation et des statistiques) : La violence est définie par « toute situation d'atteinte à l'intégrité d'une personne, du fait d'une ou plusieurs autres personnes, [Cette atteinte peut être] verbale,

physique, sexuelle ou psychologique directement perpétrée à son encontre [violences interpersonnelles] », rien ne présu[m]ant de l'intentionnalité des actes en cause ni de leur gravité « objective » »

- Question de relance passée en question principale et placée avant la réaction au dépistage positif : “Avez-vous toujours procédé de cette manière ? Évolution avec le temps, l'expérience ?”
- Ajout dans “pendant le dépistage”, après “ Est-ce que le fait d'avoir posé la question/abordé le sujet a eu, à votre avis, un impact sur la suite de la consultation ? si oui, lequel ?” : question de relance “impact sur la durée” ?
- Ajout dans “pendant le dépistage”, après “Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors du dépistage ?” : “Y a-t-il eu des situations problématiques ? Qu'avez-vous mis en place pour y remédier ? en plus”
- Ajout dans actualités : “Quel impact la médiatisation actuelle des violences peut-elle avoir sur le dépistage ?”
- Ajout dans perspectives d'avenir : “Que diriez-vous à un médecin qui ne saurait **pas comment faire** ?”
- A partir du 5ème entretien : pas de nouvelle modification

Guide d'entretien 5 et version finale

Bonjour, je suis Marie MEYER/Amandine BOINEL, merci de participer à ce travail de thèse sur les manières de dépister les violences en médecine générale.

Si vous le permettez, je vais vous enregistrer avec un dictaphone : l'entretien sera retranscrit par écrit en intégralité. Je détruirai les bandes à la fin de l'étude. Les données seront anonymisées et chaque entretien sera identifié par un code : votre nom n'apparaîtra jamais.

(Si présentiel) Nous conserverons une distance minimale de 2m entre nous pour vous permettre, si vous le souhaitez et sans obligation, de ne pas porter de masque.

N'ayez aucune inquiétude, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, je cherche juste à comprendre comment vous faites pour dépister les victimes de violences.

Dans ce travail, j'utilise une définition de la violence provenant de l'étude “Violence et santé 2010” (DREES : direction de la recherche des études d'évaluation et des statistiques) :

La violence est définie par « toute situation d'atteinte à l'intégrité d'une personne, du fait d'une ou plusieurs autres personnes, [Cette atteinte peut être] verbale, physique, sexuelle ou psychologique directement perpétrée à son encontre [violences interpersonnelles] », rien ne présu[m]ant de l'intentionnalité des actes en cause ni de leur gravité « objective » (2).

Cela peut donc être des violences, physiques, psychologiques, économiques ; au travail, à la maison, dans la rue, à l'école, en institution etc. De la même façon, avec la victime, qui peut être un enfant, un adolescent, une personne âgée, un homme ou une femme... Notre intérêt se porte sur la manière de dépister et non pas sur un type de violence en particulier, d'où cette définition assez large.

- *Caractéristiques des participants* : Genre, âge, mode d'exercice (seul/groupe/MSP, rendez-vous libre ou consultation planifiée), ancienneté d'installation, formations universitaires ou post-universitaires, situation familiale (couple ? enfants ?), MSU ? autre activité ? type de la patientèle ?

Pourriez-vous me raconter une consultation où vous avez cherché à dépister des violences (que la réponse ait été positive ou négative), si vous en avez une en tête ?

Puis...le dépistage : Inversion des paragraphes

- *Pendant* :
 - Du coup, comment faites-vous pour dépister les violences en pratique ?

Questions de relance :

- Pouvez-vous me décrire votre méthode ?
- Quelles phrases ou quels mots utilisez-vous ?
- De manière systématique ou ciblée ?
- Sur quels critères/signes d'alerte/symptômes/plainte/circonstance ?

- A quel moment du suivi ?
- De façon unique ou répétée ?
- Avez-vous des méthodes par tranches d'âges ou par genre ? pour les enfants ou les personnes âgées par exemple ? même question pour un homme ou une femme ?
- Avez-vous toujours procédé de cette manière ? Évolution avec le temps, l'expérience ?
- Comment réagissez-vous lorsqu'on vous répond "oui" ?

Questions de relance :

- De quelle manière cela a pu influencer le reste de la consultation ?
- Comment gérez-vous la réaction des patients surpris ?
- Et quand on vous répond non, comment réagissez-vous ?
- Est-ce que le fait d'avoir posé la question/abordé le sujet a eu, à votre avis, un impact sur la suite de la consultation ? si oui, lequel ?
 - Impact sur la durée ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors du dépistage ?
 - Y a-t-il eu des situations problématiques ? Qu'avez-vous mis en place pour y remédier ?
- *Avant :*
 - A quel moment de votre parcours professionnel ?
 - Externe, interne, en exercice ?
 - Comment en êtes-vous venu.e.s à mettre en place un dépistage au cabinet ?
 - Une situation particulière vous a-t-elle amené à faire ce dépistage ? pouvez-vous me la raconter ?
 - En quoi cette expérience a-t-elle influencé votre pratique ?
 - Avez-vous fait une formation particulière afin de dépister les violences ?
- *Après :*
 - Comment a évolué votre pratique du dépistage des violences ?... avec le temps et vos expériences ?
 - Quel impact y a-t-il pu avoir sur votre pratique générale de la médecine ?
 - Quel impact y a-t-il pu avoir sur votre vie privée ?
 - Quelle prise en charge proposez-vous aux patient(e)s dépisté(e)s ?
 - Sur quelles structures et quels acteurs locaux vous appuyez-vous ?
 - Quels ont été les réactions et les retours des patient(e)s ? (répondant positivement ou non) ?
- *Actualités :*
 - Que pensez-vous des recommandations actuelles du dépistage des violences ?
 - Quel impact la médiatisation actuelle des violences peut-elle avoir sur le dépistage ?
- *Perspectives d'avenir :*
 - Avez-vous des idées pour développer le dépistage que vous avez mis en place ?
 - Que diriez-vous à un médecin qui ne saurait pas comment faire ?
- *Avant de conclure cet entretien :*
 - Y a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez aborder ?

Merci du temps que vous m'avez accordé et des informations que vous m'avez apportées. Nous pouvons vous envoyer une copie par mail de la thèse finalisée si vous le souhaitez.

Marie/Amandine.

ANNEXE 2 : Formulaire de consentement

Je, soussigné Dr _____, déclare avoir reçu et compris les informations relatives à l'étude :

“Dépistage des violences en médecine générale” qui vise à comprendre comment les médecins généralistes dépistent les violences en consultation.

- Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, individuels et anonymisés, d'une trentaine de minutes
- Le lieu de l'entretien est choisi par le médecin participant à l'étude
- L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone, ou en visio par l'application ZOOM, le temps d'enregistrement défini, et retranscrit par écrit
- Les paroles échangées en dehors du temps d'enregistrement ne seront utilisées comme données uniquement avec votre accord explicite
- Le nom du médecin n'apparaîtra à aucun moment dans l'étude
- Il est établi que les médecins ont le droit : de ne pas répondre à une ou plusieurs questions, et de se retirer à tout moment de l'étude, sans justification spécifique
- Dans le contexte de l'épidémie de covid 19, l'entretien sera réalisé avec un masque fourni par les chercheuses si la condition de deux mètres entre les intervenants ne peut être respectée.

Je consens à participer à cette étude.

Date :

Signature :

ANNEXE 3 : Talons sociologiques de MG interrogés *E = Enfants / **P = Programmé / ***U =

Créneaux d'urgence

Caractéristiques	E1 = test	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Genre	Femme	Homme	Homme	Femme	Femme	Homme	Femme	Femme	Femme	Homme
Âge	36	61	33	33	43	31	44	40	29	33
Situation familiale	Couple 2E*	Marié 5E*	Marié 2E*	Couple 10E*	Mariée 2E*	Couple homoparental 2E*	Mariée 2E*	Mariée 2E*	Couple 1E*	Marié 2E*
Mode d'exercice	MSP	MSP	MSP	MSP	MSP	MSP	MSP	Cab de groupe	MSP	Cab pluripro
Type de rendez vous	P**	P**	P**	P**	P** + U***	P** + U***	P** + U***	P** depuis covid	P** + U***	P** + U***
Type de patientèle	Femmes, jeunes	Femmes, jeunes	Âgée, nouveaux patients	Âgée	Gynécologie pédiatrie et âgée	Jeune, pédiatrie	Jeune, gynéco et pédiatrie	Tout sauf ados, familles entières	Diversifiée jeune	Jeune, gynécologie pédiatrie
Ancienneté d'installation	6 ans	32 ans	5 ans 1/2	< 1 an	7 ans	1 an	13 ans	7 ans	2 ans	< 1 an
Maître de stage universitaire	MSU	MSU	MSU	Non (mais souhaite l'être)	MSU	Non (mais souhaite l'être)	MSU	En cours de formation	En cours de formation	MSU
Autre activité	Médecin coordinateur de lits halte soins santé	Médecin pompier	Non	Non	Médecin pompier, médecin de crèche	Non	Médecin coordinateur de crèche	Non	Non	Médecin référent départemental de la ligue de rugby
Formations annexes	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

ANNEXE 4 : Fiche WAST traduite (27)

Version française du WAST, questionnaire de dépistage des violences conjugales

Questionnaire WAST

Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?

- Très tendue Assez tendue Sans tension

2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?

- Très difficilement Assez difficilement Sans difficulté

3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?

- Souvent Parfois Jamais

4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?

- Souvent Parfois Jamais

5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?

- Souvent Parfois Jamais

6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?

- Souvent Parfois Jamais

7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?

- Souvent Parfois Jamais

8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?

- Souvent Parfois Jamais

WAST : *Woman Abuse Screening Tool*.

ANNEXE 5 : Signes d'appel de violences chez la victime, selon la HAS

Y PENSER EN CAS DE...

<p>Troubles physiques</p>	<p>Signes fonctionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexplicables. ■ 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. ■ Mésusage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple). <p>Signes cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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. ■ Maladie chronique déséquilibrée.
<p>Troubles psychologiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations. ■ Addictions et/ou abus de substances. ■ Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hypervigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement). ■ Des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto-dévalorisation ». ■ États d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques. ■ Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars. ■ Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie. ■ Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire. ■ Des troubles psychosomatiques.
<p>Santé sexuelle et reproductive</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infections génitales et urinaires à répétition, et infections sexuellement transmissibles (IST) répétées, transmission du VIH. ■ Troubles de la sexualité, comportement sexuel à risque. ■ Douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie. ■ Grossesses non désirées et Interruptions volontaires de grossesse. ■ Complications obstétricales : décès maternel, hémorragie fœto-maternelle, fausses-couches, infections maternelles, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse. ■ Complications fœtales : mort <i>in utero</i>, retard de croissance intra-utérine, prématurité, faible poids à la naissance. ■ Retard ou absence d'accès aux soins périnataux. ■ Comportements à risque pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues illicites, mauvaise nutrition).

ANNEXE 6 : Violentomètre

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Respecte tes décisions, tes désirs et tes goûts					Accroche tes amis, amis et ta famille					A confiance en toi					Est content quand tu te sens épanouie								
S'assure de ton accord pour ce que vous faites ensemble					Te fait du chantage si tu refuses de faire quelque chose					Rabaisse tes opinions et tes projets					Se moque de toi en public								
Est jaloux et possessif en permanence					Te manipule					Contrôle tes sorties, habits, maquillage					Fouille tes textos, mails, appels								
Insiste pour que tu lui envoies des photos intimes					T'isole de ta famille et de tes proches					T'oblige à regarder des films porno					T'humilie et te traite de salope quand tu lui fais des résistances								
"Faites les débiles" lorsqu'on bouffe avec lui/déplacé					Menace de se suicider à cause de toi					Menace de t'insulter avec des phrases intimes que tu ne pourras le lier, le gifler, le rencontrer, le frapper					Te touche les parties intimes sans ton consentement								
Fouille à venir des relations amicales					Te menace avec une arme																		
PROFITE Ta relation est saine quand IL...						VIGILANCE, DIS STOP ! Il y a de la violence quand IL...						PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE Tu es en danger quand IL...											

Lutter contre les violences faites aux jeunes femmes

Le violentomètre

Le consentement, c'est quoi ? C'est le fait de donner son accord de manière consciente, libre et explicite à un moment donné pour une situation précise. Tu peux revenir sur ce choix quand tu le souhaites et selon les raisons qui te sont propres. Tu n'as pas à te justifier ou subir des pressions.







BESOIN D'AIDE ?

VIOLENCES FEMMES INFO
APPELEZ LE 3919
*Appel anonyme et gratuit.

Le Tchat de En avant toute(s) 

ANNEXE 7 : Freins et leviers

Freins des MG		Solutions proposées par les médecins dans notre travail
Dans la littérature	Dans l'étude	
Difficulté à différencier conjugopathie et violence conjugale (15)	Définition des violences	- Définition de la violence PAR LE PATIENT (souvent, événement traumatisant avec impact sur la qualité de vie), peu importe la définition du médecin. - Se baser sur les conséquences fonctionnelles
Peur échec prise en charge (15,18)	Peur échec prise en charge	Connaître son réseau, ne pas travailler seul
Ne pas savoir gérer une réponse positive (15)	Ne pas savoir gérer une réponse positive	Être prêt à entendre et connaître son réseau
Manque de formation (15,18,53,61,69,70)	Culture médicale déficiente (manque de formations, peu de sensibilisation)	Militantisme, médecine dans la définition de l'OMS, se former
Manque de réseau (61,69,70)	Manque de réseau	Dépister avant que le patient ne révèle et anticiper un réseau et un plan d'action, pour maîtriser
Isolement (15,18)	Isolement	Formation des acteurs locaux déjà présents
Abord du sujet (15,18,53,61)	Oser poser la question, termes +/- tabou	Formations, sensibilisation, discussion entre pairs, trouver sa formulation
Consultation inadaptée, trouver le bon timing POUR LE médecin (15)	Consultation inadaptée, trouver le timing	Créer l'occasion du dépistage, par exemple en mettant à jour les antécédents, reprogrammer, s'organiser, voir le patient seul
Conséquences envisagées pires / incertitude sur l'avenir du patient, inertie administrative ou judiciaire (18,53,61)	Peur des conséquences du dépistage (escalade, impasse par défaut institutionnel)	Se défaire de ces craintes anticipées, rôle = investiguer, pas laisser faire
Difficultés à interroger l'enfant (53)	S'adapter à certaines populations (enfants, hommes, personne âgée)	Vocabulaire adapté, être à l'aise, s'appuyer sur l'entourage, se former
Déni et ambivalence de la victime (18,61)	Déni de la victime	Poursuite médiatisation
Honte et culpabilité de la victime (61)	Culpabilité de la victime	Poser la question, la "banaliser" / Poursuite levée du tabou sociétal
Anticipe un isolement financier possible de la victime (61)	Isolement financier de la victime	Recours sociaux
Manque de temps, situation chronophage (15,18,41,53,61,70,71)	Dépistage (surtout positif) chronophage	S'organiser en conséquence et considérer que l'info est un gain de temps pour plus tard
Doute sur la véracité des faits (18,53,61)	Effet néfaste de la médiatisation	Ecoute ++ empathie et ne pas se faire juge ?
Impact sur la vie privée dont sécurité (18,24,53)	Cloisonnement vie privée/vie pro	Avantage exercice citoyen (anonymat renforcé)
Impact émotionnel (colère, réaction physique, sentiment de solitude, inutilité) (52) face à l'ambivalence des victimes, récurrence des violences, lenteur des processus judiciaires (15,18)	Impact physique et psycho des révélations	Débrief, travail en équipe ++
Suivi de l'auteur et/ou de la famille en parallèle (15,61) Manque d'objectivité (18)	Pression familiale, surtout quand MG suit toute la famille	Secret médical, savoir déléguer

Thème générateur d'angoisse pour le médecin, peut faire ressortir de mauvais souvenirs (18)	Sujet nécessitant un travail sur vécu personnel avant de l'aborder en consultation	Faire le point sur soi-même
Peur des retombées médico-légales (18)	Peur des retombées médico-légales	
Emprise de la victime (71)		Techniques d'entretien motivationnel
Victimes ne vont pas porter plainte (61)		Objectifs thérapeutiques à définir avec la victime et à respecter : plainte parfois non souhaitée
Manque d'expérience (15)		Se lancer et partage d'expérience entre pairs
Médecin trop concentré sur le somatique (15)		Sensibilisation
Ne pas connaître les patients (61)		Parfois plutôt un levier pour aborder le sujet
Freins au dépistage systématique (15) : intrusif (18,71), gêne Conséquences négatives : peur de jugement, stigmatise les patients, inintéressant, fastidieux		Non confirmés en pratique
Déni, banalisation et naïveté du médecin (15,18,71)		Prise de conscience
Crainte de conséquence sur la relation médecin-patient, perdre sa confiance (53,61)		Ne se confirme pas vraiment en pratique, au contraire
Peu de sensibilisation personnelle = ne pas y penser, sous-estimer l'ampleur (15,18,71)		Sensibilisation, recherches, formation continue
Ne pas y penser malgré sensibilisation (15)		Systématique
Manque de diversité des recours thérapeutiques (15)		Parfaire son réseau, formation en réseau
Genre du médecin qui influence la patientèle ou gêne l'abord de la question (15)		Empathie et bienveillance doivent permettre de dépasser ces réserves, souvent peu confirmées en pratique
Méconnaissance du réseau (18)		Créer son réseau
Sujet tabou (18)		S'informer, s'engager
Absence de symptômes spécifiques/profil type de la victime (18)		Intérêt du dépistage systématique
Difficultés rédaction certificat médical initial (18)		
	Révélation difficile car MG pris au dépourvu	Dépister avant que le patient ne révèle
	Crainte de heurter/blesser les patients	Poser systématiquement la question de banaliser l'abord des violences
	Ne pas savoir creuser une intuition	Trouver sa manière de faire, s'appuyer sur le réseau pour confirmer/infirmier des doutes
	Peur de choquer	Etre à l'aise, via formations, travail personnel et parfois humour / amener dépistage via affiches
	Préjugés notamment chez l'homme	Se former, dépasser a priori

	Milieu socioculturel de la victime défavorable à la parole	Rappel du secret médical
	Défaut d'écoute global	Sensibilisation des MG ?
	Surprise suite aux révélations	Anticiper une possible réponse positive : quand on pose la question, il faut s'attendre à avoir une réponse positive
	Gestion d'informations extérieures à la consultation	
	Dépister un patient-ami	

Références bibliographiques :

1. Beck F, Cavalin C. Violences et santé en France: état des lieux [Internet]. Paris: la Documentation française; 2010 [cité 11 janv 2020]. (Collection Études et statistiques). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/violences-et-sante-en-france-etat-des-lieux>
2. Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la santé ; 2002 [cité 29 août 2021]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42545>
3. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2001 [cité 29 août 2021]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/nommer-et-compter-les-violences-envers-les-femmes-une-premiere-enquete-nationale-en-france/>
4. Morin T, Jaluzot L, Picard S. Femmes et hommes face à la violence - Insee [Internet]. 2013 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280920>
5. Organisation mondiale de la Santé. Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde : résumé d'orientation [Internet]. Organisation mondiale de la Santé ; 2014 [cité 29 août 2021]. Report No.: WHO/NMH/NVI/14.2. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145088>
6. Guessous I, Gaspoz JM. Dépistage : principes et méthodes - Revue Médicale Suisse [Internet]. 2010 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-256/Depistage-principes-et-methodes>
7. Salmons L. Synthèse du rapport - Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte [Internet]. 2015 [cité 22 août 2021]. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/publications-et-outils/enquetes.html>
8. MiPROF. Lutter contre la violence au sein du couple. Le rôle des professionnels [Internet]. 2008 [cité 22 août 2021]. Disponible sur : https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Violence_48_pages_20_10-2.pdf
9. Revel-Delhom C, Baarir Z. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Comment repérer et évaluer - Agir [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 29 août 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
10. Salmons M. La psychotraumatisme induit par les violences [Internet]. 2014 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>
11. Ehring T, Welboren R. Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse - PubMed [Internet]. 2014 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25455628/>
12. Bohus M, Kleindienst N. Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse. JAMA Psychiatry. déc 2020;77(12):1235-45.

13. Ehling T, Nijenhuis ERS. Volume of discrete brain structures in complex dissociative disorders: preliminary findings - PubMed [Internet]. 2008 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18037031/>
14. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. 2001 [cité 22 août 2021]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000292.pdf>
15. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Internet]. UFR Médecine Grenoble; 2012 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00751787>
16. Blanchet A, Gotman A. L'Entretien. 2015. 128 p.
17. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer 2ème édition. 2019. 160 p.
18. 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 ? [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2016 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931810>
19. Renzi C, Farge T. Dépistage des maltraitements infantiles en médecine générale : les freins au dépistage, les aides possibles : étude qualitative par entretiens auprès de médecins généralistes en Drôme-Ardèche. [Internet]. Claude Bernard (Lyon); 2017 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.sudoc.fr/224732714>
20. Enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) 2005-2006 | Centre Hubertine Auclert [Internet]. [cité 22 juill 2022]. Disponible sur : <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/outil/enquete-contexte-de-la-sexualite-en-france-csf-2005-2006>
21. Association Violence info. Formes de violence [Internet]. 2019 [cité 19 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.violenceinfo.com/formes-de-violence/>
22. Salmona M. Violences - Introduction - Définition OMS 2002 [Internet]. Mémoire Traumatique et Victimologie, association. 2015 [cité 11 janv 2020]. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/violences/introduction.html?PHPSESSID=v6mdq2bvlua064uc722mk11ko5>
23. MiPROF. Les outils de communication | Arrêtons les violences - Le rôle des professionnels [Internet]. 2008 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Violence_48_pages_20_10-2.pdf
24. Lestienne F. Expériences et attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile sur la place du médecin généraliste dans leurs parcours de vie : le médecin généraliste, un lien pour penser et panser la maltraitance [Internet]. Nice Sophia Antipolis ; 2015 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01297102>
25. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes [Internet]. Paris Descartes; 2013 [cité 11 janv 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01131510>

26. Durand L. Attente des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG dans le département du Finistère - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance [Internet]. Université de Bretagne Occidentale; 2021 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03213233>
27. Salmona M. Que faire en cas de violences si vous êtes professionnel de santé [Internet]. 2015 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/que-faire-en-cas-de-violences/que-faire.html>
28. HAS. Violences faites aux femmes et aux mineures - Prévenir, repérer, protéger, accompagner [Internet]. 2020. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/violences_femmes_essentiel_en_4_pages.pdf
29. Feder G, Hutson M. Women exposed to intimate partner violence : expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies [Internet]. 2006. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16401807/>
30. Malhanche P, Arnal R. J'aborde la question | Déclic Violence [Internet]. 2016 [cité 10 mai 2022]. Disponible sur : <https://declicviolence.fr/p/jaborde-la-question>
31. Guiguet-Auclair C, Boyer B. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool) [Internet]. 2020 [cité 16 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/auvergne-rhone-alpes/documents/article/2021/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool>
32. Hindmarsh E, Hegarty K. Abuse and violence - Working with our patients in general practice (RACGP 4th edition) [Internet]. 2014 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Whitebook/Abuse-and-violence-working-with-our-patients-in-general-practice.pdf>
33. RACGP - Figures and tables [Internet]. [cité 22 juill 2022]. Disponible sur : <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/abuse-and-violence/figures-and-tables>
34. MIPROF. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes | Arrêtons les violences [Internet]. 2008 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes>
35. HAS. Évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger : cadre national de référence [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-reference
36. Abed F, Meach F, M'hiri K. Violences chez l'homme, un sujet peu connu des praticiens - Revue Médicale Suisse [Internet]. 2016 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-532/Violences-chez-l-homme-un-sujet-peu-connu-des-praticiens>
37. Malhanche P, Arnal R. Je m'implique dans la prise en charge des violences conjugales | Déclic Violence [Internet]. 2016. Disponible sur : <https://declicviolence.fr/p/les-points-cles-pour-simpliquer-dans-la-prise-en-charge-des-violences-conjugales>

38. Curry S, Krist A. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement [Internet]. 2018 [cité 20 juill 2022]. Disponible sur : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2018.14741>
39. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs |. Violence familiale - Evaluation de la ligne directrice de l'US Preventive Task Force Recommendation Statement [Internet]. 2013 [cité 20 juill 2022]. Disponible sur : <https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectives/appraised-guidelines/domestic-violence-familiale/?lang=fr>
40. Flores J, Lampron C. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale | INSPQ [Internet]. 2010 [cité 22 juill 2022]. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1068>
41. Sutherland M, Hutchinson K. Intimate Partner and Sexual Violence Screening Practices of College Health Care Providers [Internet]. 2018 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5810590/>
42. Hegarty K, Taft A. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice [Internet]. 2001 [cité 22 juill 2022]. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00288.x>
43. Sprague S, Madden K, Simunovic N. Barriers to screening for intimate partner violence - PubMed [Internet]. 2012 [cité 22 juill 2022]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22860705/>
44. Malhanche P, Arnal R. J'améliore le suivi | Déclic Violence [Internet]. 2016 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://declicviolence.fr/p/preambule-principes-et-attitudes-pour-une-prise-en-charge-adaptee>
45. Malhanche P, Arnal R. J'évalue la situation | Déclic Violence [Internet]. 2016 [cité 22 juill 2022]. Disponible sur : <https://declicviolence.fr/p/jevalue-la-situation>
46. Malhanche P, Arnal R. J'agis | Déclic Violence [Internet]. 2016 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://declicviolence.fr/p/jagis>
47. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 44 - Sévices [Internet]. 2019 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-44-sevices>
48. Le patient mineur [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 6 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/prise-charge/patient-mineur>
49. Malhanche P, Arnal R. J'oriente | Déclic Violence [Internet]. 2016 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://declicviolence.fr/p/joriente>
50. MIPROF. Je suis professionnel | Arrêtons les violences [Internet]. 2008 [cité 18 mai 2022]. Disponible sur : https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel#outils_par_besoin
51. Bloch L, Bontoux E. DU Prise en charge des victimes de violences [Internet]. 2010 [cité 18 mai 2022]. Disponible sur : <https://cerfaps.u-bordeaux.fr/Formations/DU-Prise-en-charge-des-victimes-de-violences>

52. Fassin E. À propos de Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale [Internet]. Paris : La Découverte ; 2003 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2003-5-page-170.htm>
53. Weisse E. Mineurs en danger en France: place du médecin généraliste dans le dispositif de prise en charge. A propos d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes lorrains [Internet]. Université de Lorraine; 2018 [cité 21 janv 2020]. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734227>
54. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Violences conjugales et signalement [Internet]. 2019 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/violences-conjugales-signalement>
55. Malhanche P, Arnal R. J'informe et J'accompagne | Déclic Violence [Internet]. 2016 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://declicviolence.fr/p/jinforme-et-jaccompagne>
56. Malhanche P, Arnal R. Je prête attention à mes propres besoins en tant que soignant | Déclic Violence [Internet]. 2016 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://declicviolence.fr/p/je-prete-attention-a-mes-propres-besoins-en-tant-que-soignant>
57. Direction de l'information légale et administrative. « Mon Psy » : 8 séances annuelles d'accompagnement psychologique remboursées [Internet]. 2022 [cité 12 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15522>
58. HAS. Violences : repérer, protéger, accompagner [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116900/fr/violences-reperer-protoger-accompagner
59. Lowenstein W. Addictions : une petite Histoire de définition(s) - SOS ADDICTIONS [Internet]. [cité 22 juill 2022]. Disponible sur : <http://sos-addictions.org/les-addictions/addictions-une-petite-histoire-de-definitions>
60. Bannier C. Place du médecin généraliste dans le dépistage des violences conjugales : attentes des femmes victimes de violences conjugales suivies en consultation VIF à Saint-Malo et à Dinan [Internet]. Université Rennes 1 ; 2021 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/1a67f515-a77a-4f73-9b20-0d850b9d6058?inline>
61. Simonin M. Étude de l'influence de la médiatisation des violences faites aux femmes sur leur prise en charge par des médecins généralistes de Haute-Normandie : analyse qualitative par focus group [Internet]. UNIRouen ; 2021 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03261159>
62. Balle A, Garib B. La prise en charge des victimes de violences conjugales [Internet]. 2017 [cité 29 mai 2022]. Disponible sur : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/03/rapport_-_evaluation_de_la_politique_publique_-_violences_conjugales.pdf
63. Feder G, Davies R. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. Lancet Lond Engl. 19 nov 2011. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22000683/>

64. Abildso C, Dyer A. Evaluation of an Intimate Partner Violence Training for Home Visitors Using the Theory of Planned Behavior. 2018. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28893112/>
65. HAS. Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile [Internet]. 2009 [cité 22 juill 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835316/fr/mission-du-responsable-de-service-et-role-de-l-encadrement-dans-la-prevention-et-le-traitement-de-la-maltraitance-a-domicile
66. Langoureau A. Outils pédagogiques - Les caractéristiques de la médecine générale [Internet]. 2015 [cité 31 mai 2022]. Disponible sur : <http://mediamed.unistra.fr/dmg/outils-pedagogiques/>
67. DUMG de Rouen. Les compétences du médecin généraliste [Internet]. 2021 [cité 31 mai 2022]. Disponible sur : <https://dumg-rouen.fr/p/les-competences-du-medecin-generaliste>
68. Compagnon L, Bail P. Définitions et Descriptions des compétences en médecine générale [Internet]. 2013 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : https://www.exercer.fr/full_article/529
69. Quenot M. Repérage, en médecine générale, des violences conjugales faites aux femmes : à propos d'une enquête en Haute-Garonne. [Internet]. Toulouse III Paul Sabatier; 2016 [cité 16 juin 2020]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1297/>
70. Van den Akker M, Mol SS. Barriers in the care of patients who have experienced a traumatic event: the perspective of general practice [Internet]. 2001. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11264275/>
71. Malhanche P, Arnal R. Les pièges à éviter | Déclic Violence [Internet]. 2016 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://declicviolence.fr/p/les-pieges-a-eviter>
72. Haute Autorité de Santé. Repérage et accompagnement en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple [Internet]. 2018 [cité 14 juin 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2872955/en/reperage-et-accompagnement-en-centre-d-hebergement-et-de-reinsertion-sociale-chrs-des-victimes-et-des-auteurs-de-violences-au-sein-du-couple
73. HAS. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2010 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_930913/fr/prise-en-charge-des-auteurs-d-agression-sexuelle-a-l-encontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans
74. Mukherjee S. 2e partie - Une guerre impatiente - Ils forment une société. In: L'Empereur de toutes les maladies - Une biographie du cancer. Libres Champs. 2011. p. 175-88.
75. OMS. La violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2017 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
76. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. Prévention et lutte contre les violences sexistes et sexuelles [Internet]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. 2019 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes/prevention-et-lutte-contre-les-violences-sexistes-et-sexuelles/>

77. Sexual Violence Research Initiative. What Works to Prevent Violence against Women and Girls [Internet]. [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.svri.org/who-we-are/networks/what-works-prevent-violence-against-women-and-girls>
78. Lozano VA, Dominguez AP. Proposals for approaching violence against women in health care. A qualitative analysis [Internet]. 2021 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33930846/>
79. American College of Physicians. Violence Prevention Home Page [Internet]. 2022 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/violenceprevention/index.html>
80. Turner S. Prevention of Violence Canada [Internet]. 2022 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur : <https://povc.ca/objectifs.html>
81. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants [Internet]. Organisation mondiale de la Santé ; 2017 [cité 2 juin 2022]. 84 p. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254897>

AUTEURS : Amandine BOINEL, Marie MEYER

TITRE : Comment certains MG ont intégré la question des violences dans leur pratique ? Étude qualitative auprès de 10 médecins d'Occitanie.

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr Motoko DELAHAYE

RÉSUMÉ :

Introduction : Les violences sont fréquentes et graves, et pourtant sous estimées. Les freins à l'abord de ce sujet lors des consultations de médecine générale sont connus. La littérature souligne pourtant le rôle du médecin généraliste dans cette démarche.

Objectif : Notre objectif principal était de comprendre comment certains médecins généralistes ont intégré la question des violences dans leur pratique, notre objectif secondaire d'explorer le vécu de cette question par les MG.

Méthode : Nous avons réalisé une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 10 médecins d'Occitanie entre août 2020 et août 2021.

Résultats : Ces MG se sont lancés dans le dépistage à la suite d'une situation particulière. L'abord des violences concerne plusieurs situations : le dépistage où les MG allaient poser une question type à tous les patients lors de la première consultation, et suite à un repérage où ils posaient des questions plus détournées afin de faire développer le patient. Ils s'appuyaient pour le développement de leur manière de faire, sur des recherches et des groupes de pairs, et utilisaient un réseau de soin local pour la prise en charge. Les difficultés qu'ils ont rencontrées étaient liées à la libération de la parole : comment faire parler le patient, ou encore aux conséquences de cette libération : impact émotionnel. Pour gérer ces difficultés, ils pouvaient débriefer entre eux. Le vécu des médecins concernant l'abord du sujet des violences était plutôt positif, avec un sentiment d'accomplissement, bien que certaines situations "insolubles" entraînaient de la frustration. Les MG entamaient souvent une réflexion plus globale, notamment de prévention, de prise en charge des auteurs et de formation des acteurs de santé de leur réseau.

Discussion : L'abord des violences devient assez simple en pratiquant. Nos MG, qui le réalisent au quotidien, étaient des MG engagés, voire militants. Suite à un déclic, ils ont donc poursuivi leur engagement dans leur pratique, et l'ont fait évoluer pour l'adapter à leur quotidien de médecin, contournant ainsi de nombreuses difficultés. Cette démarche réflexive s'associe à un phénomène sociétal actuel mettant en lumière les violences, tel que le mouvement #metoo, l'affaire Weinstein, ou encore le scandale Orpea.

SUMMARY :

Introduction : Violences are common and may lead to critical situations, nonetheless they tend to be underestimated. The curbs on the approach of violences by GPs are well known. However, many publications underline GPs' job in that process. Our main aim was to understand how GP had integrated the matter of violences in their everyday practice. Our secondary goal was to explore the GP's experience in that process.

Method : We opted for a quality approach through semi-guided interviews of ten GPs in the Occitania area between August 2020 and August 2021

Results : Those GPs tried to screen after being confronted to specific circumstances. The approach of violences was related to several situations : the screening when the GP asked a standard question to every patient on their first consultation, then following violences' spotting when they asked more convoluted questions to allow the patient to develop by himself. The GPs relied on their research and their peer groups to develop their approach, and used a local care network to treat their patients. The difficulties they encountered were linked to speech liberation : how to get the patient to talk, or else the consequences of that liberation : the emotional impact. To handle those problems, the GPs could debrief among themselves. Their experience regarding the violences' approach was rather positive, with a feeling of achievement, despite some unsolvable situations leading to frustration. The GPs often initiated a larger brain-storming on such process as prevention, the care of abusers or training programs for the care providers on their network.

Discussion : The violences' approach tend to become easier on practicing. Our GPs who integrated that practice in their routine, had totally engaged in the research, they were even activists. As a consequence to that stimulus, they continued their commitment through their practice, and made it evolve to suit their GP's daily routine, thereby getting around many difficulties. This reflexive process is combined with a social phenomenon shining a light on violences, such as the #metoo movement, the Weinstein case, or else the Orpea scandal.

MOTS CLÉS : dépist*, violence*, médecin* général*

KEY WORDS : screen*, violence*, abuse*, GP*

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Santé, Site du 133 Route de Narbonne, 31062 Toulouse Cedex 04, France