HAL
open science

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

Amélie Boismain, Marie Gaudin

▶ **To cite this version:**

Amélie Boismain, Marie Gaudin. 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. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00751787

HAL Id: dumas-00751787

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00751787v1

Submitted on 14 Nov 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2012 *Thèse N°*

IDENTIFICATION DES FREINS DES MEDECINS GENERALISTES A PRATIQUER LE DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES AUPRES DE LEURS PATIENTES : ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI DIRIGES AVEC DES MEDECINS LIBERAUX ET SALARIES EN ISERE

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLÔME D'ETAT

Amélie BOISMAIN
Née le 15/02/1984 à Echirolles

Marie GAUDIN
Née le 25/11/1984 à Grenoble

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Le 12 novembre 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Professeur Thierry BOUGEROL

Membres : Professeur Pascale HOFFMANN
Docteur François PAYSANT
Docteur Anne GERVASONI, Directeur de thèse

TITRE : Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de la leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère.

RESUME

INTRODUCTION : Les violences conjugales faites aux femmes sont un problème de santé publique sous repéré par les médecins généralistes. L'objectif principal est d'identifier les freins des praticiens à réaliser ce dépistage. Il s'agit aussi de cerner la représentation qu'ils se font de leur rôle ainsi que leurs besoins pour améliorer leur pratique.

METHODE : Etude qualitative par 17 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins isérois libéraux et salariés de Centres de Santé ou du Planning Familial.

RESULTATS : Il est admis que le dépistage incombe au médecin généraliste. Le frein principal est un manque de sensibilisation : méconnaissance de la prévalence, de certaines situations à risques (périnatalité) et de la gravité des répercussions (décès peu évoqué). Les autres freins sont matériels (contraintes horaires, manque de disponibilité), émotionnels (sentiment d'échec lié à la complexité de la situation, volonté de se protéger), et logistique dans la prise en charge des victimes (manque d'outils, de formations, méconnaissance du réseau). Le dépistage systématique est mal accepté. La position délicate du médecin de famille apparaît clairement. Les médecins salariés sont plus à l'aise avec la problématique.

CONCLUSION : Sensibiliser les médecins et le grand public, former les praticiens, faire connaître et développer le réseau de partenaires sont des solutions pour améliorer le dépistage des femmes victimes de violence conjugale.

MOTS CLES
Violences conjugales, violences faites aux femmes, médecin généraliste, dépistage, freins, santé publique, médecins salariés, médecin de famille.

TITLE: Identification of barriers to intimate partner violence screening by general practitioners : a qualitative study based on semi-directive interviews conducted with liberal and salaried doctors in Isère.

ABSTRACT

BACKGROUND: Domestic violence against women is a public health problem, which is not enough spotted by general practitioners. Our main objective is to identify barriers to screening. It is also to identify the representation doctors have of their role, and to know better what they need to improve their practice.

METHOD: Qualitative study with 17 semi-directive interviews conducted with general practitioners, either liberal or employed in Health Centers or in Planning Familial.

RESULTS: It is recognized that intimate partner violence screening is the responsibility of general practitioners. Their main obstacle to the treatment of victims is a lack of awareness: ignorance of the prevalence, of certain risk situations (perinatal period) and of potential severity of the impact (death hardly mentioned). The other barriers are material (lack of time, lack of availability), emotional (feeling of failure related to the complexity of the situation, desire of self protection) and logistical (lack of tools, lack of training, unfamiliarity with the network). Systematic screening is badly accepted. Family doctor has a particular awkward position. Salaried doctors feel more comfortable with the problem than liberal ones.

CONCLUSION: Raising awareness of doctors and public, developing and promoting a network are solutions to improve intimate partner violence screening.

KEYWORDS
Intimate partner violence, women battering, primary care practice, general practitioner, medical screening, barriers, public health, salaried doctor, family doctor.

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

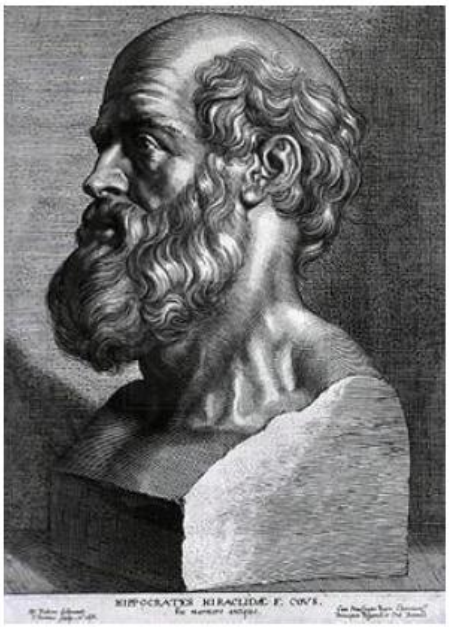
DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectueuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur BOUGEROL,
Merci de nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse.

A Madame le Docteur HOFFMANN,
A Monsieur le Docteur PAYSANT,
Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de prendre part à ce jury.
Soyez assurés de notre reconnaissance.

A Madame le Docteur Anne GERVASONI,
Merci d'avoir accepté d'encadrer notre travail.
Merci pour tes conseils avisés, ta disponibilité et ton enthousiasme.

Aux médecins volontaires,
Merci de nous avoir accordé un temps qui vous est précieux,
Merci pour la sympathie de ces échanges, et pour l'intérêt que vous avez montré pour le sujet. Nous avons vécu ces rencontres comme de vrais moments de partage.

REMERCIEMENTS D'AMELIE

A Marie,
Merci pour cette belle collaboration ; à deux ce travail est devenu plaisant et enrichissant.
Merci également à tes parents pour leur contribution à notre thèse.

A ma famille, mes parents, mon frère,
Merci de m'avoir accompagnée à chaque étape de ces longues études, d'avoir été présents aux moments clés.

A mes amis,
Merci pour tous les beaux moments partagés à vos côtés et pour ceux à venir.

A **Willy**,
Merci pour ton aide logistique indispensable à l'aboutissement de notre thèse
Merci pour ta compréhension, ton réconfort, ton soleil.

A **tous les médecins et autres professionnels** côtoyés pendant mon cursus
Merci, c'est à votre contact que j'ai le plus appris.

REMERCIEMENTS DE MARIE

A Amélie,
Merci d'avoir accepté avec enthousiasme que nous fassions ce travail ensemble.
Merci pour ton sérieux et ta collaboration agréable.

A mes parents, ma sœur, mon frère, ma famille,
Merci pour votre aide et votre soutien tout au long de ces années d'études.
Merci pour votre soutien tout particulier durant ce travail de thèse, pour votre relecture et vos conseils.

A mes amis, notamment Meera, Sophie et Willy
Merci pour votre présence, votre soutien et votre aide.

A Monsieur le Docteur Philippe PICHON,
Merci de m'avoir aiguillée dans le choix de mon sujet de thèse et de m'avoir soutenue tout au long de ce travail.

A mes différents maîtres de stage,
Merci de m'avoir donné le goût de la médecine générale.

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION 18
   1.1 ORIGINE DU PROJET DE RECHERCHE 18
   1.2 PRECISION DU PROJET DE RECHERCHE 19
   1.3 DEFINITIONS 20
      1.3.1 Violences conjugales 20
      1.3.2 Violences faites aux femmes 21
      1.3.3 Problème de santé publique 21
      1.3.4 Dépistage ciblé – dépistage systématique 23
   1.4 HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES : UNE POLITIQUE RECENTE 23

2. MATERIEL & METHODES 27
   2.1 BIBLIOGRAPHIE ET TRAVAIL PREPARATOIRE 27
   2.2 CHOIX DE LA METHODE 28
      2.2.1 La méthode qualitative 28
      2.2.2 L'entretien semi-dirigé 28
      2.2.3 Critères de sélection des participants 30
      2.2.4 Réalisation des entretiens 31
      2.2.5 Retranscription et analyse des entretiens 31

3. RESULTATS 33
   3.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION 33
   3.2 PREVALENCE 37
   3.3 LES SITUATIONS QUI INTERPELLENT 38
      3.3.1 Le profil des femmes victimes 38
      3.3.2 Les répercussions sur la santé 40
      3.3.3 Un recours particulier aux soins 42
      3.3.4 Les enfants 43
      3.3.5 Révélation par un tiers 43
   3.4 REPRESENTATIONS DU ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PROBLEMATIQUE DES VIOLENCES CONJUGALES 43
      3.4.1 Un rôle de dépistage 43
      3.4.2 Un rôle d'écoute 45
      3.4.5 Un rôle d'accompagnement psychologique 46
      3.4.6 Un rôle de prise en charge pratique 48
      3.4.7 D'autres rôles cités 52
      3.4.8 Un rôle parallèle : dépister les hommes violents 52
   3.5 LE QUESTIONNEMENT EN PRATIQUE 53
      3.5.1 A quel moment ? 54
      3.5.2 Quelle question poser ? 55
      3.5.3 Et le dépistage systématique ? 56
   3.6 INTERET DU DEPISTAGE 57
      3.6.1 Intérêt pour la patiente 57
      3.6.2 Intérêt pour le medecin 58

3.7 FREINS AU DEPISTAGE 60
3.7.1 Le problème de sensibilisation 60
3.7.2 Freins matériels 63
3.7.3 Freins émotionnels 67
3.7.4 Une capacité de prise en charge limitée 72
3.7.5 Freins spécifiques au dépistage systématique 79
3.7.6 Freins spécifiques au médecin de famille 82
3.8 REMISE EN QUESTION 84
3.9 LES BESOINS POUR UNE AMELIORATION DES PRATIQUES 85
3.9.1 Sensibilisation des médecins 85
3.9.2 Formations des médecins 86
3.9.3 Outils pour dépister 88
3.9.4 Outils pour prendre en charge 89
3.9.5 Sensibilisation du public et changement de société 91
3.10 QUESTION ANNEXE : FREINS DE LA PATIENTE A SE CONFIER 92
3.10.1 Des facteurs psychologiques 93
3.10.2 Un sujet tabou 93
3.10.3 Peur des conséquences de la révélation 94
3.10.4 Conséquences : une confidence difficile 95

4. DISCUSSION 97
4.1 LES LIMITES DE L'ETUDE 97
4.1.1 Limites de la bibliographie 97
4.1.2 Limites de la méthodologie 97
4.2. UN REEL PROBLEME MEDICAL, RESPONSABLE D'UNE SYMPTOMATOLOGIE VARIEE 99
4.2.1 Des situations a risques bien identifiées par les médecins, sauf … 99
4.2.2 Des répercussions sur la santé connues mais … pas le décès 100
4.3 ROLE DU MEDECIN GENERALISTE 101
4.4 INTERET DU DEPISTAGE 106
4.4.1 Pour les victimes 106
4.4.2 Pour les praticiens 107
4.5 LES PRINCIPAUX FREINS AU DEPISTAGE 107
4.5.1 Manque de sensibilisation 107
4.5.2 Freins matériels 110
4.5.3 Freins émotionnels 111
4.5.4 Capacité de prise en charge limitée 113
4.6 DEPISTAGE SYSTEMATIQUE VERSUS DEPISTAGE CIBLE 116
4.6.1 Reticences 116
4.6.2 Faisabilité 116
4.6.3 Intérêts 117
4.6.4 Le dépistage cible accepté 117
4.7 LE MEDECIN DE FAMILLE : UNE POSITION DELICATE 118
4.7.1 Une position privilegiée 118
4.7.2 Un obstacle a la révélation 118
4.7.3 Particularités du médecin remplaçant 119
4.8 SPECIFICITE DES MEDECINS SALARIES 119
4.8.1 En termes de dépistage 120
4.8.2 En termes de prise en charge des femmes victimes 120

4.9 PERSPECTIVES 121
4.9.1 Besoins 121
4.9.2 Ouvertures 127

5. CONCLUSION ..... - 131 -

6. ANNEXES ..... - 134 -
ANNEXE 1 = Courrier adressé aux médecins ..... - 134 -
ANNEXE 2 = Guide d'entretien qualitatif ..... - 135 -
ANNEXE 3 = Questionnaire quantitatif ..... - 137 -
ANNEXE 4 = Lettre d'informations envoyée aux participants après l'entretien. - 138 -
ANNEXE 5 = Situations a risques ..... - 141 -
ANNEXE 6 = Symptomes évocateurs ..... - 142 -
ANNEXE 7 = Questionnaires de dépistage ..... - 143 -
ANNEXE 8 = Exemple de certificat médical de coups et blessures ..... - 144 -
ANNEXE 9 = Retranscriptions ..... - 145 -

7. BIBLIOGRAPHIE…….317

1. INTRODUCTION

1.1 ORIGINE DU PROJET DE RECHERCHE

AMELIE

C'est à la suite du premier stage d'interne en cabinet médical en 2009-2010 que je me suis posé la question du problème complexe et sensible des violences conjugales. Ai-je été interpellée par une affiche de la campagne nationale de 2010, année où les violences faites aux femmes ont été promues « Grande cause nationale » ?

Lors de ce stage j'ai côtoyé une population variée, des 2 sexes, sans pourtant jamais suspecter une situation de violence conjugale, sans jamais aborder le sujet avec la moindre patiente, ni avec mes maîtres de stage.

Or d'après les statistiques nationales, j'ai reçu en consultation, pour des plaintes diverses, des dizaines de femmes subissant des violences conjugales, sans être alertée par leurs symptômes, sans qu'elles se confient spontanément.

Après cette prise de conscience, j'ai eu le sentiment de n'avoir pas su dépister ces femmes en souffrance, que le corps médical aurait pu aider.

En octobre 2011, j'ai donc réalisé mon mémoire de DES de médecine générale sur les violences conjugales et le rôle du médecin généraliste. Par la suite j'ai présenté ce travail de revue de la littérature à la JUMGEG en décembre 2011.

MARIE

De mon côté, j'ai assisté à une session d'information sur ce sujet dans le cadre du DU Santé-Solidarité-Précarité, lors de ma première année d'internat.

Puis lors de mon SASPAS au Centre de Santé de l'Arlequin (AGECSA), je me suis intéressée au sujet, qui faisait partie des objectifs de santé publique. En effet, en 2010 et en 2011, au sein de l'AGECSA, a été réalisée une étude quantitative : sur une semaine, tous les médecins étaient incités à poser la question de manière systématique à chaque patiente. Les résultats, au sein de ces populations assez défavorisées, ont été éloquents et ont beaucoup surpris les médecins. Ce constat m'a encouragée à réaliser une revue de la littérature, et j'ai pu me rendre compte que le sujet émergeait depuis peu dans les travaux de recherche français.

C'est à ce moment-là que j'ai pris connaissance du travail d'Amélie, via sa présentation à la JUMGEG. Nous avons alors décidé de mettre nos efforts en commun afin de réaliser un véritable travail de recherche sur ce sujet, dans le cadre de notre thèse.

1.2 PRECISION DU PROJET DE RECHERCHE

Notre recherche dans la littérature médicale française et internationale nous a permis de constater d'une part que le problème des violences conjugales est un vrai problème de santé publique, et d'autre part que peu de médecins en sont conscients et trop peu d'entre eux pratiquent un dépistage de ces violences auprès de leurs patientes. D'où viennent leurs réticences ?

Nous avons choisi d'aller à la rencontre des médecins généralistes, en axant notre recherche principalement sur le dépistage et les difficultés rencontrées par les praticiens à cette occasion. Au fil de l'entretien nous voulions amener le médecin généraliste à parler de ses freins, des plus communs aux plus personnels.

Mettre en avant les freins des médecins généralistes pour dépister et prendre en charge les femmes victimes permettra dans un second temps de réfléchir aux solutions à leur apporter, en termes d'outils et de formations, afin d'améliorer à la fois le repérage et la prise en charge effective des femmes victimes de violence conjugale.

L'objectif principal de notre étude est d'identifier et comprendre les freins des médecins généralistes dans leur pratique du dépistage des violences conjugales lorsqu'une femme consulte, quelle que soit la nature de sa plainte.

Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence les représentations des médecins généralistes concernant leur rôle, et leurs difficultés de prise en charge.

1.3 DEFINITIONS

1.3.1 VIOLENCES CONJUGALES

Il s'agit d'une violence perpétrée au sein d'un couple ou entre ex-conjoints, hétérosexuels ou homosexuels.

Au-delà des actes, la violence s'inscrit dans un fonctionnement d'emprise sur l'autre. La violence s'introduit progressivement dans le couple avec installation d'un rapport dominant/dominé(e) ; le conjoint victime de violence pouvant être l'homme ou la femme. Contrairement au conflit, mode relationnel interactif susceptible d'entraîner un changement positif, la violence est perpétrée de façon unidirectionnelle et destructrice. La violence conjugale est donc à différencier de la conjugopathie. [1,2]

Les violences conjugales peuvent présenter de nombreux visages et associer plusieurs types de violences : [1,2]

- violences verbales et psychologiques (cris, insultes, obscénités, dévalorisation, menaces, propos culpabilisants, méprisants ou dénigrants)
- violences physiques
- violences sexuelles
- violences économiques (interdiction de travailler, confiscation du salaire, contrôle permanent des dépenses)

Les violences physiques sont les plus repérables. Les violences verbales et psychologiques, bien que moins faciles à évaluer et à conceptualiser, sont de loin les plus fréquentes.

Le cycle de la violence se divise en 4 phases [2] :

- la phase de tension
- la phase d'agression
- la phase de déni, de transfert des responsabilités pendant laquelle l'agresseur cherche à se justifier et à culpabiliser la victime
- la phase de rémission, sursis amoureux, encore appelée « lune de miel », qui correspond à une période de confusion pour la victime qui croit alors qu'un changement est possible.

Cependant les cycles se succèdent avec une phase de rémission de plus en plus courte.

La répétition des cycles de violence entraîne une majoration de l'état d'emprise. Il en résulte une impuissance apprise : une diminution des capacités de la victime à répondre au conjoint violent, à évaluer sa situation et à y mettre fin.

1.3.2 VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Notre travail se concentre sur les violences conjugales faites aux femmes. En effet les femmes en seraient davantage victimes que les hommes. La violence conjugale faite aux hommes existe et n'est pas anecdotique ; cependant le phénomène est difficile à chiffrer, le sujet étant encore tabou et très peu étudié. D'après les chiffres, les femmes sont davantage blessées physiquement et leurs lésions sont plus graves, voire mortelles, par rapport à celles retrouvées chez les hommes victimes.
Pour ces raisons, l'étude de la littérature apporte quasi exclusivement des données sur les violences conjugales faites aux femmes et notre thèse est centrée sur ce sujet.

Selon l'ONU, « la violence à l'égard des femmes est une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes ayant conduit à une domination et à une discrimination des femmes par les hommes, et privé les femmes d'une pleine égalité des chances… ». Elle est définie par « tous les actes de violences dirigés contre le sexe féminin causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice, des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, ainsi que la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ». [3]

1.3.3 PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

Pour qu'un problème de santé soit déclaré problème de santé publique, il faut qu'il réponde à différents critères développés ci-dessous. [4]

- <u>Problème fréquent</u>

En 2000, l'Enquête Nationale des Violences Envers les Femmes en France, E.N.V.E.F.F., révèle qu' **1 femme sur 10**, âgée de 20 à 59 ans et vivant en couple, a été

victime de violences conjugales sur les 12 derniers mois [5]. Dans la majorité des études, 20 à 30 % des femmes âgées de 18 à 60 ans déclarent avoir subi des violences conjugales au cours de leur vie. [1]

- Conséquences graves

Les conséquences sur la santé des victimes sont multiples ; il n'existe pas de symptôme spécifique à la violence conjugale. Les répercussions sont somatiques (traumatiques, gynécologiques, obstétricales) comme psychiques (syndrome anxio-dépressif, syndrome de stress post-traumatique, tentatives de suicides, usage de psychotropes) ; les lésions les plus sévères entraînant le décès. [1,2]

En 2010, des statistiques effectuées par le Ministère de l'Intérieur révèlent que 174 personnes violentées au sein de leur couple sont décédées (146 femmes et 28 hommes), ainsi que 6 enfants témoins [6]. En 2011, 122 meurtres de femmes ont été perpétrés par un conjoint ou ex-conjoint. En France une femme décède tous les 3 jours des suites de ces violences.

Pour les Européennes âgées de 16 à 44 ans, les brutalités au sein du foyer sont la première cause de mortalité avant les accidents de la route, le cancer et même la guerre. [7]

Une femme subissant des violences conjugales perd 1 à 4 années de vie en bonne santé. [8]

L'état de santé des enfants du couple peut être, lui aussi, gravement altéré. [9]

- Répercussions importantes sur la communauté

Le coût économique et humain des violences conjugales est délicat à évaluer. Il s'agit de mesurer les répercussions sur le bien-être de la société.

En France, leur coût global est estimé à 2,5 milliards d'euros/an, répartis comme suit : 20% alloués aux soins médicaux (consultations, consommation médicamenteuse), 9% à la police et la justice, 5% aux aides sociales, 22% au coût humain des viols et des préjudices (ITT, souffrance) et 44% à la perte de productivité (absentéisme, incarcérations, décès). C'est un poids considérable porté par la société. [10]

Le coût des violences conjugales à l'échelle européenne est estimé à 16 milliards d'euros/an. [10]

- Problème accessible à la prévention (primaire, secondaire, tertiaire)

Les champs d'action de prévention des violences conjugales sont multiples [4] : sensibilisation en amont des violences, dépistage précoce des situations de violences conjugales avant l'apparition de symptômes physiques, prise en charge par une équipe spécialisée pour prévenir la répétition des violences.

Les violences conjugales sont donc un problème de santé publique dans lequel le médecin généraliste acteur de la médecine préventive a un rôle central à jouer, notamment dans l'action de dépistage.

1.3.4 DEPISTAGE CIBLE – DEPISTAGE SYSTEMATIQUE

D'après la définition de l'OMS publiée en 1970, il existe différents types de dépistage [11,12] :

- le dépistage systématique, dit « de masse » : la population recrutée n'est pas sélectionnée. Le dépistage est pratiqué devant tout patient quelle que soit sa présentation clinique. Dans le cas particulier du critère d'âge ou de sexe, le dépistage est considéré comme généralisé à l'ensemble de la tranche d'âge considérée ou aux sujets masculins ou féminins.
- le dépistage sélectif ou ciblé : la population recrutée est sélectionnée sur des critères préalablement définis : un profil particulier, des symptômes cliniques suspects, des facteurs de risques identifiés par des études contrôlées.

1.4 HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES : UNE POLITIQUE RECENTE

La violence conjugale a longtemps été une violence culturellement et socialement tolérée car relevant de la sphère privée. Le débat public autour de cette forme de violence a commencé dans les années 80-90. Les instances publiques ont financé des enquêtes sur le sujet qui mettent en lumière l'ampleur du phénomène.

La prise en charge des victimes de violences a été initialement considérée comme un problème social et judiciaire, le rôle des médecins se limitant à la rédaction de certificats médicaux et aux soins d'urgence.

Les principales étapes de la lutte contre les violences conjugales sont les suivantes [13] :

1989 : Les pouvoirs publics affirment leur volonté de lutter contre les violences conjugales avec le lancement de la première campagne nationale d'information et la création des Commissions Départementales d'Action Contre les Violences Faites aux Femmes.

1990 : La chambre criminelle de la cour de cassation reconnaît pour la première fois le crime de viol entre époux durant le mariage et confirme sa jurisprudence en 1992 :
« La présomption de consentement des époux aux actes sexuels accomplis dans l'intimité de la vie conjugale ne vaut que jusqu'à preuve du contraire »

1992 : La loi du 22 juillet du Code Pénal mentionne que la qualité de conjoint de la victime constitue une circonstance aggravante de l'infraction commise. Toute agression intra conjugale devient un délit quelle que soit l'ITT (Incapacité Totale de Travail).

2000 : Première grande enquête à l'échelle nationale, l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (E.N.V.E.F.F.), réalisée à l'initiative du Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes, chiffre à 10% le taux de femmes victimes sur les 12 derniers mois et révèle l'isolement de ces femmes, certaines confiant leur « secret » pour la première fois (enquête téléphonique, parmi 6970 femmes interrogées, âgées de 20 à 59 ans, résidant en France métropolitaine). [5]

2001 : Le rapport du Pr. Henrion, commandité par le Ministère de la Santé, fait état des conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et du rôle du médecin. Les médecins semblent méconnaître l'ampleur du problème et ont du mal à se positionner face aux patientes violentées. L'étude souligne le manque de sensibilisation, le manque de formation du corps médical, l'absence de travail en réseau. [1]

2004 : La loi du 26 mai autorise le juge aux affaires familiales à statuer en urgence sur l'attribution du domicile conjugal et à décider de l'éloignement du conjoint violent dès les premiers actes de violence, et ce avant le déclenchement de la procédure de divorce.

2005-2007 : Le premier Plan Triennal du Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale finance de nombreuses campagnes de sensibilisation et lance la plateforme téléphonique de lutte contre les violences conjugales « 3919 ».

2005 : Le Plan Violence et Santé étudie les conséquences de la violence secondaire aux rapports de genre, en élargissant au-delà des violences conjugales.
La loi du 12 décembre facilite les mesures d'éloignement à tous les stades de la procédure.

2006 : La loi du 4 avril renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple avec un élargissement aux pacsés et ex-partenaires et souligne que la qualité de conjoint ou de concubin "ne saurait être une cause d'atténuation de la responsabilité en cas de viol au sein du couple". Elle aligne l'âge légal du mariage des femmes sur celui des hommes (18 ans).

2007 : La loi du 5 mars permet l'extension du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins aux auteurs de violences conjugales.

2008- 2010 : Le deuxième Plan Triennal comporte 12 objectifs pour briser le tabou, prévenir les violences, coordonner les acteurs du réseau, protéger les femmes et leurs enfants.

2010 : Les violences faites aux femmes sont promues « Grande Cause Nationale ». De nombreuses actions de sensibilisation sont menées par le collectif créé à cette occasion.
La loi du 9 juillet autorise le juge aux affaires familiales à délivrer une ordonnance de protection des victimes en urgence dans les cas de violences au sein du couple. Elle instaure le port du bracelet électronique par le conjoint violent afin d'assurer la réalité de l'éloignement. La violence conjugale psychologique est reconnue : le harcèlement moral sur le conjoint devient un délit. Des mesures d'assistance aux femmes étrangères sont prises comme des mesures luttant contre les mariages forcés.
Enfin, ce texte déclare le 25 novembre comme « Journée nationale de sensibilisation aux violences faites aux femmes ».

2011-2013 : Le troisième Plan Triennal renforce la lutte dans 3 domaines d'action : la protection, la prévention, la solidarité [14]. Il est reconnu que les professionnels de santé

sont ceux qui reçoivent le moins de formation spécifique**,** alors même qu'ils ont un rôle central à jouer en termes de repérage et de prise en charge. Des propositions de formation initiale et continue autour de cette problématique sont mises en avant (formations pluridisciplinaires, échanges de bonnes pratiques).

2. MATERIEL & METHODES

2.1 BIBLIOGRAPHIE ET TRAVAIL PREPARATOIRE

La bibliographie, en langue française et anglaise, a été obtenue à partir des moteurs de recherche Pubmed, Sudoc, Google, des revues Exercer et La Revue du Praticien, ainsi que d'ouvrages issus de la bibliothèque du Planning Familial 38, de communications de séminaires et de rapports officiels des Ministères.

Nous avons par ailleurs enrichi nos connaissances sur le sujet de différentes manières :

- En participant à la réflexion sur les besoins des médecins des centres de santé, et à l'élaboration d'une formation adaptée, ciblée sur le sujet des violences conjugales, au sein de l'AGECSA. Celle-ci a eu lieu sur deux demi-journées auxquelles nous avons assisté.
- En participant à plusieurs réunions du Réseau des violences faites aux femmes de Grenoble, créé récemment, et réunissant les différents partenaires de la région (représentants des différentes associations, du Planning Familial, de l'AGECSA, de la justice et des forces de l'ordre).
- En rencontrant, à Lausanne, le Dr Marie-Claude HOFNER, médecin de santé publique. Elle a conduit le programme interdisciplinaire de prévention de la violence « C'est assez », qui a abouti à la création d'une Unité de Médecine des Violences au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Cette unité a pour but d'assurer aux adultes victimes de tout type de violence une consultation médico-légale auprès d'un médecin légiste ou d'une infirmière formée, et de proposer aux professionnels une offre de conseils et de formations.

2.2 CHOIX DE LA METHODE

2.2.1 LA METHODE QUALITATIVE

La majorité des études réalisées sur le sujet se présentent sous forme de questionnaires adressés aux médecins, et ont permis une analyse quantitative des données recueillies.

Notons quelques thèses qualitatives ces dernières années, dont celle réalisée en 2009 par Alice Bounoure, qui utilise la méthode qualitative de l'entretien personnalisé semi-directif pour recueillir les attentes des femmes victimes vis-à-vis de leur médecin généraliste. [15]

Il nous a paru intéressant de réaliser notre étude en utilisant également une méthode qualitative, en interrogeant cette fois-ci, en miroir, les médecins généralistes.

En effet, il s'agit d'étudier, chez les médecins de premiers recours, les représentations que ceux-ci se font du rôle qu'ils ont à jouer auprès des patientes victimes de violences conjugales. Il s'agit plus précisément d'analyser leur comportement face au dépistage de ces violences, leurs freins éventuels et tous les facteurs qui peuvent les influencer. Ce sujet se prête par conséquent tout à fait à une étude qualitative.

L'approche qualitative est issue des sciences sociales. Elle se définit en opposition aux données quantitatives qui peuvent, elles, être mesurées et qualifiées par une unité de mesure, alors que les données qualitatives seront simplement décrites. Une étude qualitative ne cherche pas à extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble de la population (les informations issues de l'entretien doivent être validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par la probabilité d'occurrence), il n'y a donc pas de notion de représentativité . On cherche à aller en profondeur et à comprendre les attitudes et les sentiments des personnes consultées. Une information recueillie une seule fois peut avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois dans les entretiens. [16,17, 18]

2.2.2 L'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

Les grandes méthodes de l'analyse qualitative sont la recherche documentaire, l'observation et l'entretien.

Nous avons effectué une recherche documentaire en amont de notre travail, afin d'établir l'état actuel des connaissances et d'en relever les lacunes. L'observation n'est pas

une méthode adaptée à notre sujet. Nous nous consacrerons donc à la technique de l'entretien.

Celle-ci permet d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier se sente libre de donner des informations qui, de ce fait, sont plus explicatives et plus approfondies : « L'art du clinicien consiste, non à répondre, mais à faire parler librement et à découvrir les tendances spontanées au lieu de les canaliser et de les endiguer. » (Piaget J., La représentation du monde chez l'enfant, 1926, rééd., Paris, PUF, 1976.)

Il existe plusieurs types d'entretiens :

- individuel d'une part : libre (ou compréhensif), semi-directif (ou semi-structuré, ou semi-dirigé), directif (ou structuré)
- collectif d'autre part : entretien de groupe ou focus-group.

L'entretien libre se pratique surtout lorsque nous ne disposons pas d'informations précises dans le domaine étudié, et le sujet se définit parfois a posteriori. Cette méthode n'est donc pas adaptée, puisque nous avons ciblé notre sujet préalablement.

L'entretien directif est basé sur un questionnaire structuré de manière stricte, c'est une technique à la frontière entre recherche qualitative et quantitative, qui laisse peu de liberté d'expression à la personne interrogée.

Il nous restait donc à faire notre choix entre la méthode des focus group et l'entretien personnel semi-directif.

La méthode du focus-group consiste à réunir 4 à 8 participants qu'on interroge à tour de rôle à partir d'un guide d'entretien comportant des questions ouvertes. La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion.

Toutefois, les violences conjugales nous ont paru être un sujet trop sensible pour permettre des entretiens collectifs. Le fait de confronter plusieurs médecins ayant des pratiques différentes aurait pu mettre mal à l'aise certains médecins qui se seraient sentis jugés, et limiter ainsi les confidences plus intimes sur le sujet.

Nous avons donc opté pour la méthode de l'entretien individuel semi-directif, qui est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours

des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien (**ANNEXE 2**). Cette méthode permet d'éviter le hors-sujet tout en laissant une liberté d'expression à la personne interrogée. Cela permet de ne pas décider à l'avance de la cohérence interne des informations recherchées.

Le guide d'entretien est modulable en fonction du déroulement de la rencontre, puisque c'est une « démarche qui soumet le questionnaire à la rencontre au lieu de le fixer à l'avance ». On postule que l'interviewé « exprime sa vérité » ; l'enquêteur doit avoir une écoute bienveillante et empathique, et éviter tout jugement. Par ailleurs, le questionnaire n'est pas figé, il est susceptible d'être modifié tout au long de l'étude, des questions pouvant par exemple être rajoutées pour les entretiens suivants si une notion intéressante nous est apparue lors d'un des entretiens.

2.2.3 CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS

La population étudiée se compose de médecins généralistes, installés ou remplaçants, de l'Isère. La sélection a été basée sur des critères d'âge, de sexe, de lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural) et de mode d'exercice (libéraux, salariés).

Le but est d'atteindre la plus grande diversité possible des personnes interviewées et d'obtenir un échantillon représentatif de l'ensemble des médecins de la région.

Nous avons souhaité inclure des médecins salariés des Centre de Santé et du Planning Familial, dans l'hypothèse que ces médecins aux conditions d'exercice spécifiques (temps de consultation, formation, type de patientèle, etc.), étaient susceptibles d'être mieux sensibilisés à la problématique des violences conjugales, et à ce titre de la faire apparaître sous un éclairage particulier.

Nos critères d'exclusion ont été les suivants : médecins exerçant depuis moins d'un an, dont les internes ; médecins trop récemment sensibilisés par une formation spécifique ; médecins trop bien connus de nous deux, afin que l'interviewer ne connaisse jamais personnellement l'interviewé et reste le plus neutre possible lors de l'entretien.

2.2.4 REALISATION DES ENTRETIENS

Nous avons contacté par email (**ANNEXE 1**) les médecins sélectionnés, et effectué parfois une relance par téléphone.

Nous avons nous-mêmes réalisé ces entretiens personnels semi-directifs, à tour de rôle, jusqu'à obtention d'une saturation des données. Les entretiens se sont déroulés entre mars et juillet 2012, au cabinet du médecin interviewé ou à son domicile. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique, après recueil de l'accord des participants, et durent en moyenne 45 minutes (de 33min à 1h10).

L'entretien a été complété d'un questionnaire quantitatif succinct (**ANNEXE 3**), nous permettant de nous assurer de la diversité des personnes interrogées.

Le guide d'entretien élaboré en amont a servi de trame à la discussion.

Les entretiens ont en général été suivis d'un moment d'échange moins formel sur le sujet, où nous prenions le temps de répondre aux questions des participants.

Par la suite, nous avons adressé à chaque médecin interrogé une fiche d'informations concise sur le sujet, comprenant entre autres les coordonnées des différentes associations spécialisées de la région grenobloise (**ANNEXE 4**).

2.2.5 RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES ENTRETIENS

La retranscription des données a été faite mot à mot en respectant l'anonymat des participants. Dans la partie « Résultats », les citations sont rapportées sous la forme : PxQy ; « x » correspondant au numéro du participant, « y » au numéro de la question au sein de l'entretien.

L'analyse thématique des données, réalisée individuellement par chacune de nous, sans mise en commun des résultats pendant l'analyse, a permis de regrouper, puis d'interpréter ces entretiens.

Nous avons pratiqué une double analyse de l'ensemble des entretiens, et même une triple analyse pour trois d'entre eux avec le Dr GERVASONI.

3. RESULTATS

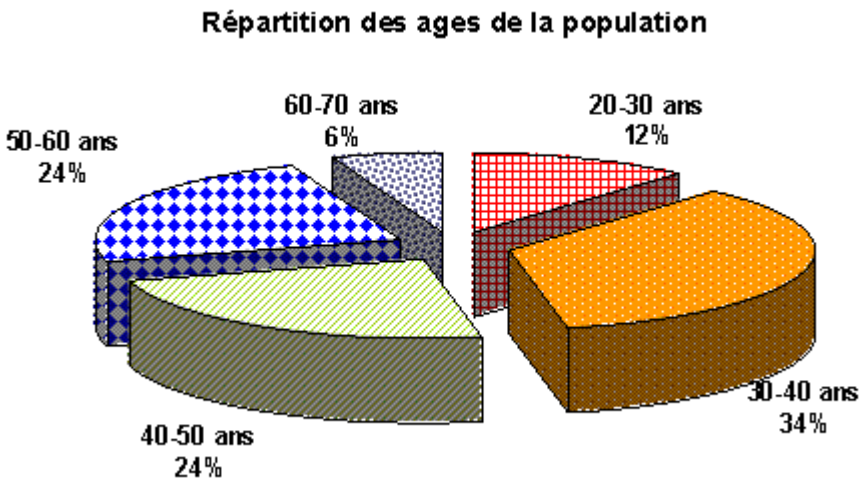
3.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION

Sur les 39 prises de contact avec des médecins, nous avons obtenu 23 réponses positives pour participer à un entretien. Cependant deux médecins n'ont pas répondu à nos relances au moment de concrétiser la rencontre. Trois médecins n'ont finalement pas été retenus car leur profil était trop similaire au profil de médecins déjà interrogés. Enfin un médecin a été exclu car il avait été trop récemment sensibilisé aux violences conjugales par une formation. Au bout de 17 entretiens, nous avons obtenu la saturation des données.

GENRE – AGE

L'échantillon de médecins est relativement mixte, constitué de 7 hommes et de 10 femmes.

Toutes les tranches d'âge sont représentées.



MODE D'EXERCICE

Neuf médecins exercent en milieu urbain, principalement à Grenoble et à Sassenage. Les huit autres médecins exercent en milieu semi-rural sur les communes de Voiron, St Etienne-de-Crossey, Thonon ou en milieu rural à Bourg d'Oisans, Tencin, Izeaux.

Cinq médecins sont salariés des centres de santé de l'AGECSA. Les 12 autres ont une activité libérale.

Cinq des médecins ont également une vacation par mois ou par semaine dans un centre de planification familiale.

Un médecin travaille un jour par semaine au centre d'orthogénie du CHU de Grenoble.

La plupart des médecins voient entre 15 et 25 patients par jour. Trois reçoivent entre 25 et 30 patients et seul un médecin en voit plus de 30 par jour.

Les participants ont entre 1,5 an et 32 ans de pratique en médecine générale.

FORMATIONS

La quasi-totalité des médecins ont suivi leurs études de médecine à Grenoble. Un médecin a été formé à Clermont-Ferrand, un autre à Caen.

Un seul médecin se souvient d'un cours sur le certificat médical de coups et blessures en formation initiale.

Dix des médecins n'ont reçu aucune formation sur les violences conjugales.

Trois médecins ont suivi une formation non spécifique mais où le sujet était abordé : un médecin a fait le DU de gynécologie à Grenoble, 2 autres le DU Santé-Solidarité- Précarité.

Cinq médecins ont été formés spécifiquement sur cette problématique.

Les 5 médecins de l'AGECSA ont participé à une enquête concernant les violences conjugales en 2010 dans les centres de santé. Deux d'entre eux ont suivi des formations internes à l'AGECSA.

Un médecin a participé à une formation proposée par MGForm sur 2 jours en 2010.

Un autre a bénéficié d'une formation sur 3 jours avec l'association Mouvement Français pour le Planning Familial.

Un dernier a participé à une soirée organisée par le Club des Remplaçants (Sanofi) sur le sujet en 2010.

CARACTERISTIQUES PAR PARTICIPANT

	Sexe	Lieu	Mode d'exercice
Participant 1	F	Urbain	salarié
Participant 2	F	Semi-rural	libéral
Participant 3	F	Semi-rural	libéral
Participant 4	F	Semi-rural	libéral
Participant 5	M	Urbain	libéral
Participant 6	M	Urbain	salarié
Participant 7	M	Urbain	salarié
Participant 8	F	Urbain	salarié
Participant 9	F	Urbain	salarié
Participant 10	M	Rural	libéral
Participant 11	M	Rural	libéral
Participant 12	F	Urbain	libéral
Participant 13	M	Rural	libéral
Participant 14	M	Rural	libéral
Participant 15	F	Rural	libéral
Participant 16	F	Semi-rural	libéral
Participant 17	F	Urbain	libéral

TABLEAU RECAPITULATIF

Caractéristiques		n	%
Sexe	Homme	7	40
	Femme	10	60
Age	20-30	2	12
	30-40	6	35
	40-50	4	23,5
	50-60	4	23,5
	> 60	1	6
Années d'exercice	< 5	2	12
	5-15	7	41
	>15	8	47
Lieu	urbain	8	47
	semi rural	4	23,5
	rural	5	29,5
Consultations	< 15/j	0	0
	15-25	13	76
	25-30	3	18
	>30/j	1	6
Mode d'exercice	salarié	5	29,5
	libéral	12	70,5
	installé*	13	76
	remplaçant	4	24
Planning familial	oui	5	29,5
	non	12	70,5
Etudes	Grenoble	15	88
	Autre	2	12
Formation spécifique	oui	5	29,5
	non	12	70,5

* dont 11 médecins installés en groupe, soit 85% des participants.

3.2 PREVALENCE

Pour commencer, nous avons voulu évaluer les connaissances des participants concernant la prévalence des violences conjugales en France.

Nous avons mis en évidence une **méconnaissance des chiffres**, largement avouée par plusieurs participants :

Plusieurs trouvent que l'estimation de la prévalence est difficile (P5, P11, P13) *« En pourcentage.... ça paraît difficile à estimer »* (P5Q1). P6, P9 et P2 avouent même n'en avoir *« **aucune idée** »* (Q1).

Quand on les interroge sur la prévalence estimée au sein de leur patientèle propre, les réponses sont variables :

Dans leur pratique actuelle, certains en suivent 2 (P5), 3-4 (P6), voire 4-5 (P4), P4 et P9 n'ont le souvenir que de 4-5 cas sur les dernières années.

En pourcentage : *« 1% peut-être »* (P9Q1). *« peut-être 1/20 »* (P7Q2), *« 20% toutes violences confondues et sans vouloir exagérer »* (P6Q7), *« je dirais qu'il y en a peut-être 20% qui m'en parlent »* (P12Q4), *« je dirais 60% »* (P17Q3b).

En fréquence : entre 1 et 4 par semaine *« avec une demande spontanée »* (P12Q5), *« 10-12 par an »* (P13Q5), *« quelques cas par an »* (P11Q2), dont 1 ou 2 demandes de certificats de coups et blessures (CCB) (P11Q5b), *« au moins une par mois »* (P15Q5).

Certains ont connaissance des chiffres nationaux, mais reconnaissent **qu'ils ne retrouvent pas le même pourcentage parmi leurs patients** (P2Q4, P4Q2) :

« J'ai une vague notion des statistiques nationales, mais qui ne correspondent pas du tout au regard que je porte sur la patientèle que je vois. J'imagine que c'est facile plus que 1 sur 10, et que moi j'en n'imagine quasiment pas » (P10Q1).

« Vu les statistiques officielles, j'ai forcément des femmes soumises à des violences dans ma clientèle, et je n'arrive pas à mettre de nom sur ça, sur ces personnes » (P2Q1).

3.3 LES SITUATIONS QUI INTERPELLENT

3.3.1 LE PROFIL DES FEMMES VICTIMES

La plupart des médecins interrogés sont d'accord pour dire qu'il n'y a **pas de profil particulier** de femme victime de violence conjugale : *« ça ne se porte pas sur la tête des gens. »* (P13Q39).
« Ça peut très bien être des femmes qui ont beaucoup de caractère, qui s'opposent et qui reçoivent des coups, comme ce peut être des femmes tout à fait soumises…Il s'agit aussi bien de mères au foyer que des femmes qui travaillent. » (P11Q13).

Cependant des **facteurs de risques** sont identifiés par certains médecins.

Pour P3 et P4, ce sont des femmes qui ont déjà subi des violences ou ont été témoins de **violences dans l'enfance,** avec un risque de reproduction des situations vécues (P3Q9).
« Et puis celles qui ont eu une enfance difficile, dont on sait que l'enfance, soit il y a eu des incestes, soit il y a eu des coups de la part des parents, enfin, voilà. Si on sait ça, on sait que le couple, derrière, ne sera peut- être pas facile... Elles reproduisent un peu les choses, quoi. » (P4Q6).

Les femmes victimes auraient parfois un « ***profil psychologique particulier*** » (P4Q22), une « *personnalité fragile* » (P6Q11), des femmes « *pas à l'aise avec leur corps* », souvent en « *surcharge pondérale* » (P3Q3).
« On a l'impression qu'il y a quand même un profil comme ça, qui fait qu'elles sont peut-être plus sujettes, finalement, à avoir des compagnons avec lesquels ça se passe mal…» (P3Q3-Q4).

Pour P15, une femme est plus dans une situation à risque de violences conjugales si elle est rendue « *vulnérable* » du fait « *d'un* ***handicap*** *physique, mental ou sensoriel.* » (Q20).

Pour P5 et P6, les femmes **toxicomanes et alcooliques** sont plus exposées (P6Q11).

« J'ai eu des patientes qui étaient toxicomanes, alcooliques ; effectivement, ça se passait souvent très très mal avec leurs conjoints, très très mal parce que, effectivement, souvent, elles tombaient entre de mauvaises mains ». (P5Q17)

La **grossesse** (P1Q5, P10Q22bis) et le **post-partum** (P17) sont identifiés comme des périodes à risques par 3 participants seulement.
« C'est une période où il y a toute la dynamique du couple qui va changer. » (P17Q9).

Pour P1 les demandes d'**interruption volontaire de grossesse** sont plus fréquentes dans les couples où il y a violence conjugale (P1Q5).

Pour certains médecins, **l'âge** de la patiente joue un rôle. Les **femmes jeunes** (P10Q12) seraient davantage victimes de violences conjugales et à l'inverse ce problème se dissiperait dans les couples de personnes âgées (P5Q3).
« Je suppose qu'il y en a moins dans un couple qui avance dans l'âge. » (P5Q4).
« C'est vrai que c'est peut-être plus rare chez une femme de mon âge que chez une femme de 20 ou 30 ans.» (P9Q17).

Tous les médecins nous précisent que les violences conjugales sont présentes dans **toutes les couches sociales**, mais seraient **plus visibles dans les milieux défavorisés et à l'inverse cachées dans les milieux aisés** (P15Q3).
« Quand j'ai travaillé dans des zones…un peu plus difficiles, j'ai l'impression que les femmes, plus spontanément elles étaient victimes de violence. Mais au niveau statistique, j'ai notion que ce n'est pas forcément lié. » (P12Q6).
« J'ai l'impression qu'elles sont plus souvent d'un milieu social défavorisé quand même. Alors, c'est peut-être aussi que les violences dans les milieux favorisés, on les voit moins, on les voit quand elles sont plus graves et du coup, moins souvent. » (P14Q6).

Les médecins sont unanimes : le point commun entre ces femmes est **l'isolement.**
« Les patientes isolées, qui ont peu d'entourage familial, amis, professionnel. » (P10Q12).
« Ce sont des femmes qui sont sans travail parce que c'est toujours le même schéma au niveau psychologique, petit à petit, l'homme violent crée, enfin, rend la femme dépendante avant de passer à l'acte violent directement. » (P1Q7bis).

De nombreux médecins soulignent le lien important entre **l'absence d'autonomie financière** et le risque de survenue de violences conjugales.

« Plus une femme dépend entièrement économiquement de son mari et plus il y a des risques.» (P15Q9)
« Des patientes qui ont une certaine dépendance économique, qui ne travaillent pas. » (P16Q12)

Cet isolement « *social et financier* » (P1Q7bis) est également retrouvé dans le cas particulier des **mariages forcés,** quand la femme **ne parle pas français, est de culture différente** (P1Q10, P16Q12).
« C'est que des mariages arrangés entre cousins et cousines, et parfois ils ne s'entendent pas trop bien. Alors, quand c'est la femme qu'ils sont allés chercher au fin fond de l'Anatolie, qui parle pas un mot de français, qu'ils ramènent en France, qui est déjà enceinte, qui accouche, et qui subit plus ou moins des violences sexuelles, c'est pas facile. C'est des milieux très fermés, on voit qu'il y a des machins qui se passent. » (P15Q68bis).

Pour P4, P7, P14, le risque de violence conjugale est fonction de **la personnalité du conjoint** et il est majoré s'il est connu comme étant « ***violent, alcoolique, toxicomane ou ayant une pathologie psychiatrique*** **»** (P14Q11, P7Q11).
« Les problèmes d'alcool, aussi, il y a beaucoup de violences liées à l'alcool du conjoint.» (P4Q4).

3.3.2 LES REPERCUSSIONS SUR LA SANTE

La plupart des médecins reconnaissent **l'absence de spécificité des symptômes** secondaires aux violences conjugales (P8Q4, P6Q6).
« C'est une répercussion qui est plutôt globale. »(P13Q8).
« Je pense qu'il y a plein d'expressions, que ça joue sur tous les domaines de la santé, psychologique, physique, tout. »(P16Q5).
« Il y a plein de choses, plein de choses. »(P15Q10).

Les principales répercussions connues sur la santé de la femme sont les **lésions physiques** évoquant des « *traces de coups* » de type « *hématomes* », « *contusions* », ou parfois des « *lésions plus graves* » (P11Q3), retrouvées de « *façon* ***répétée*** *chez une*

personne qui n'est pas censée tomber » (P16Q13) et/ou de « ***localisation inhabituelle très évocatrice*** **»** (P15Q8).

Il arrive que la patiente consulte avec une demande explicite de **certificat médical** de coups et blessures pour ces lésions, à cette occasion la situation de violence est révélée (P8, P9, P11, P16).

En second lieu, les médecins citent **les répercussions psychologiques**, les « *syndromes anxio-dépressifs* » avec des « *troubles du sommeil* », des « *insomnies* », des « *cauchemars* », une « *perte ou une prise de poids* », une « *mésestime de soi* », « *une tristesse* ». Une sensation de « *mal-être* », « *d'asthénie chronique inexpliquée* » peut aussi être au premier plan.

« Des femmes qui sont patraques, qui sont toujours mal foutues. » (P15Q10).

« Des symptômes dépressifs un peu larvés. » (P17Q7).

Le participant P17 est interpellé devant les dépressions du post-partum.

D'autres soulignent l'existence d'un « ***mésusage des benzodiazépines*** **»** dans cette population (P6Q11) et d'usage de **toxiques** (P5Q17, P12Q7).

Certains médecins ne font pas le lien avec d'autres formes de plaintes somatiques (P5Q5ter, P13).

D'autres symptômes de l'ordre du **somatique**, voire davantage du **psychosomatique**, sont cités. Les **plaintes gynécologiques** sont surtout mises en avant (P1, P2, P8).

« Quand il y a, je pense, des petites plaintes somatiques itératives qui viennent, notamment gynécos, moi je fais beaucoup de gynéco au cabinet, avec des mycoses à répétition… » (P1Q4).

« Au niveau gynéco, je fais un peu plus attention. Des consultations répétées pour des raisons gynéco, il y a un peu plus de risques.» (P8Q11).

Certains médecins pensent à une situation de violence conjugale devant les « ***douleurs abdominales*** **»**, les « *troubles fonctionnels intestinaux* » (P4, P5, P15), les « ***lombosciatiques*** **»** (P4, P8), les « ***douleurs chroniques*** **»** (P8), les « *céphalées* » (P4, P7), les « *vertiges* » (P7), les « *palpitations cardiaques* » (P11).

« La sphère digestive, c'est souvent très investi au niveau psychologique. »(P15Q38).

« Surtout les lombalgies, je trouve, moi je fais un lien, ce n'est pas forcément très objectif, pas bien étudié.»(P8Q4).

Ces symptômes sont rendus suspects par leur **répétition**, par l'absence de réponse au traitement, par l'absence de cause organique retrouvée ou de cohérence clinique.
« C'est des maux inexpliqués, des tableaux cliniques, on n'y comprend rien.»(P15Q16).
« Les problèmes somatoformes, les plaintes un peu répétitives sur des choses sur lesquelles on ne trouve pas grand-chose. »(P16Q5).
« Si j'ai l'impression de bizarreries dans ce qu'elles me disent, des choses un peu floues.»(P17Q14).
« Il y a des consultations répétées pour des motifs pas très clairs. » (P7Q43).

Pour certains médecins, « *l'algoneurodystrophie* » (P17Q7), la « *fibromyalgie* » (P10Q9) peuvent être des présentations de la violence conjugale.

3.3.3 UN RECOURS PARTICULIER AUX SOINS

Les médecins décrivent **2 types de comportements** : des femmes qui consultent de façon répétée voire excessive, et des femmes qui au contraire se négligent. P1 le résume ainsi *: « Il y a les deux opposés : il y a la difficulté du recours au soin parce qu'on est tellement dans ces problèmes au quotidien, que faire la démarche pour s'en sortir c'est difficile, avec une précarisation, soit par honte, d'aller dire, voilà… Soit il y a une surconsommation de soins, mais sans vouloir forcément attaquer le problème directement. »* (P1Q6).

Dans cette population de femmes qui **négligent leur santé**, certaines souffrent de « ***pathologies chroniques mal équilibrées*** » (P4Q22) pour lesquelles il n'y a pas de suivi (P14Q6b).
Pour P14, ce sont des femmes qui ont une « *mauvaise hygiène de vie* » couplant absence d'activité physique et « *erreurs alimentaires* », avec « *prise de poids* » et « *mauvaise hygiène bucco-dentaire* ». (P14Q6-6bis).

Pour P2, ce sont des femmes qui consultent **toujours accompagnées** (P2Q19).

3.3.4 LES ENFANTS

P17 souligne *« que souvent les femmes viennent pour leurs enfants et rarement pour elles au final. »*(Q22).

Et c'est parfois par le biais des enfants que le médecin prend conscience de l'existence de problèmes familiaux ou conjugaux.

- Soit parce qu'il y a des consultations répétées non justifiées, qui sont le **reflet de l'angoisse maternelle :** *« Vous avez aussi des femmes qui sont pas bien et qui vous amènent les enfants en disant : « Ils vont pas bien, le gamin va pas bien ». Mais bon vous voyez rien, elle est stressée cette femme. Et puis elle vous le ramène ! Ça, ça peut être un motif, un truc indirect. »* (P15Q28).
- Soit parce qu'il existe des **répercussions sur l'état de santé des enfants** du couple (P7Q43, P10Q).

« Des problèmes avec les enfants, que je vois très nerveux, très agités. » (P1Q4bis).

« Des demandes induites par le stress des enfants. » (P13Q8).

3.3.5 REVELATION PAR UN TIERS

Enfin certains médecins n'identifient pas une situation de violence sur des indices cliniques, mais suite à la révélation par un proche de la femme victime (P11, P15, P5, P4).

3.4 REPRESENTATIONS DU ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PROBLEMATIQUE DES VIOLENCES CONJUGALES

Pour commencer, il est cité comme étant « ***important*** » (P4) et « ***essentiel*** » (P14).

3.4.1 UN ROLE DE DEPISTAGE

Pour la quasi-totalité des participants, le premier rôle du médecin généraliste est de **« *dépister* » les violences conjugales.**

P1 et P3 soulignent que le médecin généraliste est le mieux placé pour pratiquer ce dépistage (P1Q7) :
« On a le cadre pour le faire, en plus. Et on est sans doute le mieux placé pour le faire. Parce qu'on les connaît, qu'on sait pas mal de choses, finalement, sur leur vie. » (P3Q12)

Pour cela, le médecin doit être **dans l'action** :

Il faut « ***poser la question*** » (P4Q5, P12Q9), « *qu'on aille chercher un petit peu comment ça se passe dans le couple »* (P3Q7), « ***enquêter*** » (P13Q10). C'est un « ***diagnostic*** **» à faire** :
« C'est un diagnostic difficile à poser, parce que ça n'est pas formellement exprimé par les patientes » (P11Q2).
*« [*Notre rôle c'est*] de parler, de demander comment ça va dans la famille, de s'intéresser à comment ça va dans le couple de manière systématique »* (P8Q6).

Seul P13 émet une **réserve quant au rôle de dépistage actif** : *« Et on a un rôle de dépistage aussi ? – Alors ça, ce n'est pas évident. Comment aborder le sujet comme ça ? C'est extrêmement difficile »* (P13Q11).

Pour tous, il faut **repérer la demande cachée,** savoir la reconnaître (P7Q7) :
« Il faut savoir repérer le pourquoi de la consultation, qui est souvent masqué » (P10Q8).
« J'essaye de dépister la souffrance de manière assez systématique en général, parce que le rhume, c'est rarement le réel motif de consultation » (P14Q17).

Il s'agit de **provoquer la parole** de la patiente :
« *D'aller provoquer l'entretien qui fera qu'elles vont en parler* » (P3Q7, P7Q7), même si l'effet n'est pas immédiat : *« Peut-être pas à cette consultation-là, mais que finalement, elles vont trouver un moment, un jour, entre deux portes, pour venir nous dire »* (P3Q7, P12Q12).
« Le premier rôle, c'est de montrer que ça vaut le coup d'en parler au MG. Convaincre les patientes que ça peut être intéressant d'en parler » (P6Q11).

Pour cela, le médecin doit avoir **l'attitude qui convient** :

Il doit se montrer **« *ouvert au problème* »** (P8Q5bis) et **« *disponible* »** (P12Q31) :

« Un de nos rôles, c'est de nous rendre disponibles. […] Le fait que nous, on se rende disponibles, que les femmes sachent qu'elles peuvent s'ouvrir à ce genre de problème, c'est quelque chose qui me paraît hyper important » (P8Q5).
« Elles sachent que, ben oui, ça peut faire partie des problèmes de santé qui peuvent être dits en cabinet de consultation » (P12Q12).

3.4.2 UN ROLE D'ECOUTE

Tous les médecins rencontrés sans exception estiment que leur rôle majeur auprès de ces patientes est un rôle « ***d'écoute*** » et « ***de soutien*** » (P8Q7, P17Q10, P7Q8, P8Q5, P8Q6, P9Q7, P11Q8, P14Q9, P12Q9, P17Q10) :
« Un rôle d'écoute. C'est quelque chose qui est essentiel. » (P13Q10).
« L'écoute, parce que, à mon avis, c'est le premier rôle du généraliste » (P14Q8).

Il s'agit de permettre « ***un lieu de parole*** » : *« N'empêche qu'elle a pu poser son gros sac quelque part »* (P3Q14).

Deux participants soulignent le fait que le médecin doit avoir une **attitude empathique** :
« Une écoute attentive, une écoute attentive empathique qui peut permettre de résoudre des problèmes » (P5Q25) (P15Q20).

Un autre insiste : le médecin doit montrer à la patiente qu'il la croit.
« Si elle ne se sent pas prise en compte, ou si la violence est banalisée ou niée, là ça serait vraiment un échec, quoi ! » (P12Q31).

Toutefois, d'autres participants apportent une nuance, ils estiment qu'il faut **maintenir une certaine distance** *: « il faut essayer d'avoir une certaine neutralité. Faut être à l'écoute sans tomber effectivement, peut-être dans la compassion. […] Il faut essayer d'être objectif. Être objectif aussi sur les indices un peu cliniques »* (P13Q10).

Il faut établir une **relation de confiance** avec la patiente (P6Q8, P9Q27, P10Q29, P12Q25) :

« Je pense que le principal, c'est la confiance. S'ils se sentent en confiance pour aborder le sujet, ils le font » (P13Q43).

« La première chose, c'est effectivement autour de cette relation qui peut se tisser avec la patiente ; donc qui se tisse individuellement. […] Mais un lien de confiance » (P6Q11).

P8 souligne : *« Le fait que ça soit **confidentiel**, c'est extrêmement important. »* (P8Q5b)

Cela prend du temps (P6Q11, P14Q12, P7Q11, P10Q29, P17Q36).

Cependant P10 nuance *: « La relation de confiance, c'est important pour aider à la verbalisation, mais ça ne fait pas tout. »* (Q37).

Certains soulignent qu'il faut **un savoir-faire relationnel** pour arriver à cette relation de confiance. Pour P6 et P10, tous les médecins n'ont pas les qualités requises pour créer une atmosphère propice à la confidence (P6Q11).

« Oui, je pense qu'il y a un savoir-faire relationnel. Il y a des gens qui sont bons pour ça et d'autres pas du tout. » (P10Q32).

La présence du médecin informé permet de **rompre l'isolement** de la patiente (P1Q7) :

« Qu'elle sache qu'il y aura toujours une écoute, la possibilité de décrocher son téléphone […]. Ca, c'est important, qu'elle sorte de là en ayant le sentiment qu'elle n'est plus toute seule, qu'elle est soutenue » (P11Q32).

« Faut pas qu'elles restent en circuit fermé chez elles » (P15Q12).

3.4.5 UN ROLE D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Il s'agit premièrement **d'une aide à la prise de conscience** par la patiente de la gravité de la situation (P14Q8, P14Q9, P15Q33, P16Q7) :

« Sensibiliser les patientes. Je pense qu'il y en a qui subissent sans savoir qu'elles rentrent dans le cadre des violences conjugales » (P10Q5).

« C'est aussi de leur apporter un éclairage extérieur et de leur mettre en évidence combien cette situation est anormale, et qu'il ne faut pas la laisser durer, et que, voilà.... On doit être là aussi pour être une sonnette d'alarme. C'est pas acceptable » (P16Q6).

Outre mettre en lumière les violences, le médecin doit essayer de **déclencher une réaction** de la patiente, avoir un rôle de « starter » (P4Q29bis, P16Q7, P3Q14, P11Q8, P16Q7) :

« Je pense que l'on est quand même à la base de leur processus, peut-être, de se dire « il y a quelque chose qui se passe et je peux faire quelque chose ». […] Pour initier une démarche […] on leur permet de se poser la question, de se dire : « Est-ce que je peux réagir ? » Et « Comment je peux réagir ? » (P4Q15).

Pour cela, il peut user de « *leviers psychologiques* » :

« Voilà, il faut vous protéger, Madame, vous risquez d'y laisser votre peau et les enfants aussi. Pensez à vos enfants » (P15Q13).

Il s'agit de **lutter contre le sentiment de « *fatalité* »** que peut ressentir la victime (P7Q8) :

*« [*Notre rôle*] c'est d'amener les gens à essayer… d'évoluer avec ce symptôme et essayer de leur faire prendre conscience qu'il y a des choses à faire. Souvent, on a l'impression qu'il y a une espèce de fatalité. »* (P7Q7).

Néanmoins, plusieurs médecins insistent sur le fait qu'il faille **respecter le cheminement** de la patiente, et « *savoir ne pas quitter sa place* » (P17Q14, P9Q6, P10Q20, P16Q8, P13Q10, P13Q49, P4Q15) :

« On ne peut que accompagner, mais on ne peut en aucun cas prendre sa place » (P9Q6).

« Faut pas être trop intrusif, faut qu'il [le patient] soit prêt à en discuter. Alors il y a des fois, on voit qu'ils ont leur barrière de défense, on voit qu'ils ne veulent pas […] Bon ben, faut respecter aussi leur silence » (P15Q20).

Le médecin doit être présent pour **accompagner** ces patientes :

« Leur signifier qu'on est là pour continuer le suivi, aborder le problème s'il est toujours présent » (P13Q49).

« La poursuite d'un suivi médical, d'un accompagnement médical, même si on n'est pas tout à fait dans le somatique » (P8Q8).

P14 parle d'une « ***prise en charge psychologique*** » (P14Q9, P14Q10).
« Il faut essayer plutôt de consolider la patiente, lui donner plus de force de gérer les choses autrement » (P6Q11).
« Leur redonner confiance » (P3Q14).

Le médecin doit **proposer à la patiente de se revoir** pour en parler (P13Q49, P11Q32).

3.4.6 UN ROLE DE PRISE EN CHARGE PRATIQUE

Une fois le dépistage effectué, le médecin doit proposer une **prise en charge adaptée**. Pour cela, il doit préalablement **évaluer la gravité de la situation et le degré d'urgence à intervenir**, comme le signale deux des participants (P4Q18, P11Q8bis).

a) Conseiller et orienter :

Le médecin généraliste est souvent le premier maillon de la prise en charge des patientes, et à ce titre, il a une fonction « ***d'information*** », de « *renseignement* » et de « ***conseil*** » auprès des femmes (P14Q9, P5Q6-7, P11Q5ter, P11Q11bis, P13Q10, P6Q17, P16Q9, P17Q17) :
« De renseigner aussi sur les démarches, les papiers, les aides juridiques. De renseigner, d'informer. C'est vrai qu'il y a le rôle d'information qui est important » (P8Q9, P4Q15).
« Je leur dis que c'est illégal, que c'est interdit, que c'est aggravé par le fait que ce soit entre époux » (P17Q16).
« Je les encourage à porter plainte […]. Je sais qu'il y a des histoires de foyer, qu'il y a des associations qui peuvent effectivement les héberger, si elles sont mises en danger » (P16Q28).

P8 place des brochures d'information en évidence sur son bureau, à disposition des patientes (P8Q21).

Une fois la violence confiée et reconnue par la patiente, le médecin a un rôle « ***d'orientation*** » et « ***de relais*** » **auprès de structures** ou de personnes qui sont

spécialisées dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales (P1Q7b, P10Q5, P16Q8, P8Q8, P16Q8, P10Q6) :

« On est quand même le maillon entre tous les spécialistes » (P4Q15).

« Un rôle de phare, pouvoir orienter » (P5Q6), « *d'aiguillage* » (P1Q7).

« Le but serait de les faire entrer dans un ***réseau*** *»* (P10Q5).

Il peut s'agir :

- **d'associations spécialisées** (P4Q16, P8Q9, P1Q7b, P5Q7, P9Q6, P11Q8, P12Q9, P17Q16) : *« Ici, il y a autant le Planning, que Milena, que Solidarité Femme, l'AIV (*Aide et Information aux Victimes*), et donc on va faire relais vers la psychologue, le lieu où on peut leur donner des conseils juridiques »* (P1Q7bis).

- **de la police ou la gendarmerie** : *« L'orientation à la gendarmerie pour aller porter plainte »* (P14Q9) (P15Q13, P17Q16).

- **de l'assistante sociale** (P2Q17, P3Q15, P4Q17, P11Q12, P13Q13, P15Q12, P15Q33, P17Q17), pour les *« aides sociales […] parce qu'il y a souvent des problèmes financiers »* (P14Q10), pour préparer la séparation. P1 souligne que l'assistante sociale serait parfois une solution de facilité pour certains médecins (P1Q8).

- **de l'avocat, de conseillers juridiques** (P4Q17, P12Q9, P17Q17).

- **de numéros de téléphone** (P3Q15).

- **du psychologue ou du psychiatre, du CMP (***Centre médico-psychologique***)** (P4Q16, P11Q22, P13Q13, P15Q33) : *« J'essaie à ce qu'elles aient un soutien psychologique, quand même, pour qu'elles puissent en parler avec des gens formés, compétents »* (P11Q32).

- **d'un conseiller conjugal** (P11Q8, P11Q12, P4Q16).

Plusieurs participants insistent sur le fait qu'il est préférable de **connaître les interlocuteurs** à qui ils adressent leurs patientes :

« C'est vrai qu'en plus, quand on connaît les gens vers lesquels on adresse les femmes, ça les rassure » (P1Q7b).

« Quand on arrive à mettre le nez dans des histoires comme ça, il y a un lien qui est déjà très fort. Du coup, si on doit impliquer d'autres intervenants, il faudrait bien les connaître » (P14Q9).

Il faut proposer une **prise en charge pragmatique et pratique** aux femmes victimes :

*« J'essaie d'être **concrète**, parce que c'est ça qu'elles veulent, et c'est comme ça qu'elles s'en sortiront, quoi. Donc voilà, je vous dis assistante sociale, et puis avocat […] Voir comment vous pouvez, légalement, vous séparer »* (P4Q17).

« Mais je pense qu'une prise en charge individualisée avec quelqu'un, c'est quand même très important dès le départ, voyez. Il ne faut pas que ça reste trop dans le flou. » (P4Q16).

Certains médecins qui exercent assez loin de Grenoble soulignent l'importance d'avoir des **partenaires locaux** (P15Q33, P4Q16).

b) Prodiguer les soins médicaux :

Par ailleurs, certains médecins mettent en avant le côté médical de la prise en charge, avec des **soins médicaux** à apporter en cas de blessures (P5Q8, P16Q6 et 8) :

« S'il y a des points à faire, c'est nous » (P4Q15).

c) Rédiger le certificat médical de coups et blessures :

Dans le cadre de la prise en charge médicale, le médecin se voit confier la responsabilité de rédiger le **certificat de coups et blessures** (P16Q8, P17Q16), qui est nécessaire pour porter plainte comme le soulignent P9 (P9Q6), ou P11 : *« Certificat de coups et blessures qui n'est pas toujours demandé et on insiste quand même pour que ce soit fait, car s'il y a ensuite une décision de justice, de séparation, de divorce, qu'il y ait des éléments qui permettent de l'aider dans cette démarche. »* (P11Q22).

Il y a des **règles à respecter** pour remplir ce certificat :

« Il y a le certificat descriptif qui doit être rigoureux et détaillé. C'est important » (P13Q10).

« Les certificats, je les fais toujours en disant : « la patiente me dit que ». Je ne fais jamais des certificats autres que très neutres » (P17Q27).

P3 avoue que c'est parfois compliqué de faire le certificat (Q25), et trouve que *« c'est plus facile quand il y a effectivement des choses très précises, ou alors quand c'est pas nos patients, parce que « la patiente vient me relater ceci cela ». Point. »* (Q27).

Il est jugé utile, même si la patiente ne l'utilise pas immédiatement (P11Q22, P17Q16) : *« Des fois, elles ne veulent pas porter plainte, « Gardez-le dans votre dossier »* (P9Q31).

d) <u>Protéger la victime :</u>

Le but de la prise en charge proposée ci-dessus est la **protection de la victime**, et donc la **suppression des violences** :

« C'est d'essayer de les protéger. Moi, je les incite à aller à la gendarmerie. Avant, je leur disais de faire une main courante, parce que c'est pas facile pour elle. Mais en fait, de déposer plainte, ça les protège mieux, je pense » (P15Q7).

« C'est vrai qu'après, médicalement, je mettrai tout en œuvre pour qu'elles puissent se protéger si elles veulent porter plainte, bien sûr, qu'il y ait un certificat » (P16Q8).

Souvent, la protection est définie par **la séparation** d'avec le conjoint maltraitant :

« Il y a un rôle de protection aussi, de l'aider à mettre de la distance par rapport à son compagnon violent, cela me semble indispensable » (P2Q16).

« Bon, les femmes tabassées, faut les extraire, faut faire intervenir la gendarmerie pour que le conjoint violent sorte de la maison ou de l'appartement. » (P15Q31).

« Je lui fais comprendre qu'elle est en danger et qu'il serait bien qu'elle se repose un petit peu loin de son mari » (P4Q18).

Parfois la séparation n'est pas nécessaire, si la victime arrive à obtenir l'arrêt de la violence :

« Elle a beaucoup travaillé et elle a réussi à imposer à son mari de ne plus le faire. Pour autant, elle est toujours avec lui » (P17Q25).

Parfois, le médecin utilise le prétexte de protéger les enfants pour faire intervenir des travailleurs sociaux et protéger la femme (P4Q50).

3.4.7 D'AUTRES ROLES CITES

P11 se propose d'essayer **d'exercer une action sur le mari** : *« Vous, ce que vous souhaiteriez, c'est finalement arriver, par la femme, à agir sur le mari ? - J'aimerais bien que le mari puisse peut-être venir en parler, s'il ne veut pas en parler tout de suite avec son épouse, et que cette démarche aboutisse sur une consultation à trois, ou sur la décision de voir un conseiller conjugal pour désamorcer un peu cette situation »* (P11Q21).

Pour finir, le médecin généraliste doit être **vigilant par rapport aux enfants**, qui peuvent être témoins des violences, ou parfois victimes eux-mêmes (P7Q21 et 31) : *« Rester vigilant avec la violence qui pourrait être engendrée sur les enfants, et ça, c'est pas facile »* (P11Q32).

Dans un autre registre, P12 est la seule à avoir proposé un rôle de **sensibilisation par le médecin auprès du public** : *« Après, il peut y avoir des campagnes de prévention, je sais qu'en Suisse ils font ça beaucoup auprès des écoles, de faire comprendre aux petites filles que leur corps leur appartient, qu'il n'y a personne qui peut leur faire du mal. « Changer l'éducation », entre guillemets. Le médecin généraliste pourrait faire des interventions dans les écoles. »* (P12Q9).

3.4.8 UN ROLE PARALLELE : DEPISTER LES HOMMES VIOLENTS

En effet, les médecins interrogés sont conscients que ce peut être également une mission du médecin généraliste que d'aider les hommes maltraitants.
« Qu'est-ce qu'on peut faire pour aider cet homme qui est violent ? Parce que c'est important, ça aussi. » (P11Q33)
« Il faudra plus aussi dépister le côté homme, parce que sinon on ne s'en sortira pas.» (P1Q9)

Cependant, pour la majorité, dépister les hommes violents est jugé difficile, et les médecins avouent manquer d'expérience dans ce domaine. Seuls trois d'entre eux pratiquent ce dépistage régulièrement (P7Q21, P4Q39-40, P16Q32).

Ils sont principalement interpellés par les hommes ayant un « ***problème d'alcool*** » (P4, P8, P10, P11, P13, P14, P15, P16). Ils sont également attentifs en cas de « *pathologie psychiatrique avérée* » (P14), de « *problème d'addiction* » (P13), ou dans une « *situation sociale tendue* », une situation de « *chômage* » par exemple (P7Q34b).

Souvent ils se posent aussi la question devant un patient de caractère « ***impulsif*** » (P16, P7, P14), qu'ils ressentent comme agressif en consultation : *« Je trouve que j'ai plus tendance à voir des hommes où je me dis : « Je ne sais pas trop comment ça se passe à la maison, mais, je ne le sens pas trop »* (P16Q32).

Ils distinguent deux catégories d'hommes maltraitants : ceux qui en souffrent, qui vont parfois consulter expressément pour cela (P7Q46bis, P16Q32, P15Q49), ou pour un mal-être (P10Q11, P7Q34bis, P17Q35, P13Q36) et ceux décrits comme « *pervers* », qui justifient leur violence et ne reconnaissent aucun problème (P6Q19-20, P11Q20, P11Q14, P15Q40, P14Q37).

Pour les premiers, le questionnement est jugé plus facile (P13Q36, P7Q36bis, P7Q34bis) et « *ça vaut le coup de poser la question*» (P10Q11), alors que la difficulté est majorée pour les seconds :
« S'il s'en plaint, on peut l'aider, on peut essayer de travailler dessus. Mais s'il ne s'en plaint pas…C'est un peu compliqué. » (P12Q49)

Le rôle du médecin auprès du conjoint violent *« serait d'essayer de comprendre avec lui pourquoi ça se passe* » et de le « *responsabiliser* » (P12Q48). Pour P7, il a un « *rôle préventif de guidance* » (Q34b).

3.5 LE QUESTIONNEMENT EN PRATIQUE

Le sujet principal de notre étude étant le dépistage par le médecin généraliste des violences conjugales, nous avons interrogé les participants sur leur manière de dépister dans leur pratique actuelle quotidienne :

3.5.1 A QUEL MOMENT ?

La majorité des médecins vont poser la question des violences *« s'il y a des éléments qui attirent le regard* » (P7Q11), des **symptômes « *évocateurs* »** (P9), une « *accroche* » (P2Q33) : il s'agit d'un **dépistage ciblé**.
« Voilà, ça fait comme ça, ça fait tilt (…) Quand il y a des choses qui m'interpellent, au bout d'un moment, je me dis : tiens, c'est bizarre..» (P15Q24-Q26).

Dans ces situations-là « *ça peut devenir une priorité* » (P7Q24), « *ça peut être rentable* » (P10Q9). P10 souligne qu'alors « *c'est presque une faute de ne pas poser la question quand on y pense.* » (Q27b).

Plusieurs médecins n'en parlent pas forcément lors des premières consultations, car ils préfèrent qu'une **relation de confiance** soit au préalable établie (P15Q46) :
« Souvent on en parlera une fois que la relation se sera installée, au bout de 2-3 fois. C'est plus dans un second temps, ce n'est pas immédiat » (P7Q11).

Mais bien entendu, ils abordent le sujet immédiatement si la patiente vient pour cela, ou en présence d'indices importants (P7Q11, P14Q12).

Certains médecins choisissent le moment opportun au cours de la consultation en fonction du déroulement de celle-ci (P9Q16, P17Q15, P8Q14) : *« Je ne pense pas qu'il y ait un moment privilégié […] Ce n'est pas organisé, ce n'est pas stéréotypé. »* (P8Q16).

Pour certains, cette question est davantage envisagée en début de consultation (P12Q21, P14) ; pour d'autres, au contraire, il faut d'abord un moment de discussion en confiance (P1Q3, P2Q12, P14Q12). Pour P8 et P16, la question est parfois plus facile à aborder pendant l'examen clinique, car il y a une « *proximité* » qui favorise la confidence (P8Q16, P16Q16), ou encore devant des traces de coups mal expliquées par exemple : *« L'incohérence des choses, je trouve que c'est plus facile de la mettre en évidence devant les faits »* (P16Q16).

3.5.2 QUELLE QUESTION POSER ?

D'une manière générale, les praticiens interrogés vont poser une **question assez « *ouverte* »** (P3Q11, P3Q40, P5Q18, P7Q17, P11Q17, P13Q18, P15Q17, P15Q53, P16Q14, P16Q18, P17Q14) :

« Sinon, des fois, par des questions très générales, parfois, ça fait sortir des choses. Etre trop précis au départ, ça enferme finalement le sujet. » (P3Q32).

« Comme toutes les questions, quand elles sont ouvertes, elles sont plus soulageantes qu'intrusives » (P7Q35).

Par exemple :

« Comment ça va dans la vie familiale ? Vos enfants ? Votre mari ? Qu'est-ce qui se passe avec eux ? » (P4Q8 et Q9).

« Est-ce que vous avez des soucis en ce moment ? » (P1Q4).

« Est-ce que ça va bien dans votre couple ? » (P2Q33).

P5 explique qu'il pose la question du couple à la recherche d'une conjugopathie, pas forcément de violences (P5Q18).

En cas de suspicion de violences ou lorsque la patiente se plaint de « *difficultés dans son couple* », beaucoup vont, en revanche, s'octroyer le droit de poser des **questions plus directes** (P2Q7bis, P9Q9, P6Q12, P11Q18, P15Q8, P14Q13) :

« Quand je commence à suspecter franchement les choses, je suis assez directe […] Je dis: « est-ce que ça vous arrive d'avoir eu des violences de la part de votre mari, qu'elles soient physiques ou verbales ? » (P4Q10-10bis).

« Je crois qu'il ne faut pas tourner autour du pot, à un moment donné, il faut poser la question : « Est-ce que vous subissez des violences ? » (P4Q26).

« Est-ce qu'il vous tape ? Est-ce qu'il vous bat ? Vous avez été poussée ? » (P17Q14).

Certains ont une démarche en deux étapes : ils recherchent en premier lieu soit la « *souffrance* » (P14Q17), soit la « *dépression du post-partum* » (P17Q12 et 38), et interrogent secondairement sur d'éventuelles violences.

3.5.3 ET LE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE ?

Nous avons interrogé spécifiquement les médecins sur le **dépistage systématique**.

Seules P1 et P8 l'ont inclus dans leur pratique quotidienne :
« Où maintenant ça fait quand même assez partie de mon interrogatoire systématique, notamment quand j'ai des nouveaux patients, des nouvelles patientes, à savoir est-ce qu'elle a déjà été ou est-ce qu'elle est victime de violences. J'essaie de l'introduire comme quand on pose les questions pour les antécédents cardiaques » (P1Q2).
*« [*Notre rôle c'est*] de demander comment ça va dans la famille, de s'intéresser à comment ça va dans le couple de manière systématique »* (P8Q6).

Pour plusieurs participants, le dépistage systématique est jugé **possible,** en particulier s'il est **intégré au questionnement sur les antécédents**, donc plutôt auprès de nouveaux patients (P12Q19, P1Q2, P12Q26) :
« Ça ne me gênerait pas de glisser ça entre les vaccinations et les antécédents. » (P16Q38b)
Pour P1, ce dépistage est **nécessaire** et doit « *entrer dans les mœurs* ».

Les médecins exerçant au Planning familial ou au centre IVG trouvent que le dépistage systématique serait facilité dans le cadre de ces consultations-là, ciblées gynécologie-contraception-sexualité. (P1Q4, P2, P12).

A l'inverse, pour P6, le dépistage systématique serait plus envisageable auprès de patientes connues (P6Q12-13).

Cependant, pour beaucoup, il faut trouver **un prétexte** pour amener la question (P12Q20) : *« Il faut trouver un axe d'approche qui permette que la question ne tombe pas du ciel ! »* (P6Q15).

Cela peut être une campagne en cours (P12Q26, P4Q40), ou une enquête-flash, comme celle réalisée au sein des Centre de Santé rendant le dépistage « *facile* » (P8Q11) :
« Quand on a fait l'enquête, on posait systématiquement la question à toutes les femmes et c'était à peu près accepté, parce que c'était l'enquête. Et j'ai bien présenté ça au départ : « C'est une enquête et je vais poser la question à tout le monde ». » (P9Q24).

De plus, plusieurs médecins salariés ayant expérimenté le dépistage systématique soulignent **la bonne réaction des patientes au questionnement** (P10Q8) : *« Les appréhensions que personnellement j'avais avant, c'était : comment vont réagir les personnes ? Finalement, j'ai trouvé ça vraiment bien, parce que celles qui n'étaient pas concernées, elles étaient contentes qu'on en parle, et celles qui étaient concernées, moi je les voyais comme soulagées qu'on puisse en parler, qu'elles puissent poser leur histoire. On n'a pas à avoir d'appréhension là-dessus. »* (P8Q23).

Les freins spécifiques au dépistage systématique sont nombreux, ils seront développés plus loin.

3.6 INTERET DU DEPISTAGE

Nous avons interrogé les médecins sur l'intérêt qu'il peut y avoir à pratiquer le dépistage des femmes victimes de violences.

Le premier avantage est de pouvoir **mettre en évidence ces violences** : *« Je me suis aperçue que si on ne posait pas la question, en fait, on ne pouvait pas en avoir connaissance, puisqu'il est très rare qu'une femme, d'elle-même, d'autant plus si c'est du passé ou des choses comme ça, puisse l'exprimer.»* (P1Q1).

Les intérêts rapportés peuvent être classés en deux catégories : l'intérêt pour la patiente, et l'intérêt pour le médecin.

3.6.1 INTERET POUR LA PATIENTE :

Selon plusieurs médecins, l'intérêt principal est d'assurer **la « *protection* » de la patiente** (P2Q39), et cela passe en général par une « ***séparation*** » **du conjoint violent** (P13Q47, P15Q36, P17Q25) :

3« Y en a qui s'en sortent, qui partent, qui refont leur vie, qui réussissent […] oui, il y a des femmes qui s'en sortent, qui veulent…, qui prennent leur vie en main, donc ça c'est positif » (P1Q11bis).

Les patientes qui s'en sortent sont décrites comme « ***heureuses*** » (P9Q4), « *épanouies* » (P5Q5).

P8 décrit même une transformation physique de sa patiente : *« Tout était somatisé, c'était étonnant, sa présentation physique. Elle était raide comme la justice […] Elle a eu l'énergie, parce que c'est ce qu'elle souhaitait depuis longtemps, de quitter son mari. Je ne l'ai revue qu'une seule fois après. Elle était complètement métamorphosée au niveau physique. Même si je m'en doutais un peu, mais c'était impressionnant. Elle disait : « J'ai laissé la montagne dehors ». Elle se mobilisait beaucoup mieux.»* (P8Q19).

P11 et P17 sont les seuls à envisager clairement qu'il puisse y avoir un changement au sein du couple, sans séparation, voire une **réconciliation** :
« Qui permet des fois à des couples de réfléchir à leur situation, et de se réconcilier, ça arrive. » (P11Q8bis).
« Elles vont impliquer leurs maris différemment. Plutôt que d'attendre que ça arrive, en quelque sorte, elles vont leur imposer les changements » (P17Q39).

3.6.2 INTERET POUR LE MEDECIN :

L'intérêt principal pour le médecin réside en une **meilleure connaissance de la patiente**, et un **« *regard* » nouveau sur des symptômes** potentiellement anciens et récurrents, c'est un « *plus* » (P3Q19, P7Q32, P10Q30, P13Q48) :
« Bien sûr, ça amène un « plus ». Ca permet de mettre des mots sur des choses pour lesquelles il n'y a pas de mots » (P7Q31bis).
« Essayer d'intégrer ça [les violences] dans un état de santé global » (P7Q7).

P3 ajoute que cette meilleure compréhension permet **un gain de temps par la suite** :

« Et plutôt que partir dans tous les sens à faire des examens, des choses comme ça, quand on dépiste des violences, et que c'est un peu sous-jacent […] au moins, on comprend un peu mieux où on va et ce que l'on fait » (P14Q28).

*« Peut-être que ça nous en ferait gagner [*du temps*], parce que ça peut, peut-être, expliquer plein de choses sur lesquelles on tourne en rond pendant des années, et qui nous font partir sur des tas de choses »* (P3Q18).

Seules P9 et P12 émettent des réserves : P9 ne trouve pas que la révélation de violences apporte un « plus » dans la compréhension de la patiente (P9Q33), et P12 s'interroge quant à un possible effet néfaste sur la prise en charge médicale ultérieure, lié à des sentiments négatifs éprouvés par le praticien.

La plupart des médecins sont d'accord pour dire que la mise en lumière des violences **améliore la relation médecin-malade**, en particulier **le lien de « *confiance* » (**P10Q30bis) :

« Elle s'est confiée. Et je pense qu'elle sera d'ailleurs, surtout si la démarche aboutit, elle sera vraiment en totale confiance, enfin il me semble » (P13Q48).

Certains participants retirent une **satisfaction personnelle** quand une femme arrive à s'en sortir (P15Q36) :

« Un bon souvenir pour moi, une bonne issue, dans une situation qui n'était pas facile d'emblée. Donc, oui, un bon souvenir, en sachant que la personne m'avait remercié en revenant. » (P5Q31).

« Si la personne se sent mieux moralement, qu'elle respire enfin […] C'est gratifiant si on l'a quelque peu aidée dans la démarche, c'est bien quoi. » (P13Q47).

P7 ajoute que ça le rend plus **vigilant** : *« Ça permet d'avoir un œil sur les enfants, sur le fonctionnement du couple. Ça permet d'en parler éventuellement à des collègues si le mari est suivi par un collègue, etc. Bien sûr, pour le médecin, on a une alerte en coin de la tête. »* (P7Q32).

3.7 FREINS AU DEPISTAGE

3.7.1 LE PROBLEME DE SENSIBILISATION

a) Méconnaissance de la problématique

Comme nous l'avons décrit précédemment, la plupart des médecins interrogés **sous-estiment la prévalence nationale** concernant les femmes victimes de violence conjugale.

D'autre part, **la diversité et l'absence de spécificité** des présentations cliniques et des situations à risques rendent le repérage difficile.

Cette méconnaissance du problème est un frein au dépistage, comme le résume P3 : *« On ne va pas le chercher parce que, ben peut-être, on n'a pas assez conscience que, finalement, c'est important d'aller le chercher.»* (P3Q16).

b) Manque de sensibilisation

Peu de médecins se souviennent de la campagne nationale de prévention de 2010 (P11Q4) :

« J'ai bien dû en entendre parler, mais ça ne m'a pas marqué. » (P10Q3).

Seuls les médecins de l'AGECSA ont été sollicités au niveau professionnel sur ce thème par la réalisation d'une enquête interne.

« On était assez bien concernés, investis dans cette enquête.» (P8Q1).

« Au niveau de l'AGECSA il y a eu un petit point d'insistance. » (P6Q9).

Les autres médecins n'ont qu'un **vague souvenir de la campagne grand public** : « *affiches* », « *spots télévisuels* », « *presse écrite* » (P13Q1) :

« Je n'ai pas l'impression d'avoir eu d'écho par le côté professionnel, mais plus par le côté grand public » (P16Q1).

Parmi les médecins qui disent connaître l'importance des violences conjugales, nombreux sont ceux qui avouent pourtant **ne pas penser aux violences conjugales** devant les tableaux cliniques précédemment décrits. Cela constitue leur principal frein (P8Q11, P7Q34bis) :

« Ça ne me vient pas à l'esprit.» (P8Q13).
« Ben le principal frein, c'est d'y penser.» (P2Q13).
« Je pense que l'essentiel, c'est d'y penser. Voilà, c'est que nous, on se pose la question, finalement, devant toute pathologie qui traîne chez une femme. […]Voilà, c'est faire un diagnostic, quoi, en fait, le problème c'est ça. » (P4Q25).

c) Des médecins généralistes « un peu trop naïfs »

De nombreux médecins reconnaissent faire preuve de **naïveté, « d'angélisme » à l'égard des situations de violence conjugale**, voire de violence en général. Naïveté qui est un frein au dépistage et qui laisse souvent les médecins désarmés à l'annonce d'une situation de violence (P6Q31, P2Q4bis).
« Je suis dans l'illusion que le monde, il est tout beau tout gentil, et vraiment je n'y pense pas.» (P10Q14).
« On passe largement à côté de la question des violences, mais de manière plus générale, la violence faite aux enfants, aux hommes, au sein des couples en général.» (P6Q30).
« L'inconvénient, c'est qu'on est un peu trop naïf et qu'on passe à côté de paroles qu'on devrait dire.» (P6Q31).
« Je leur ai dit que j'étais le premier surpris parce que j'étais loin de penser qu'il y avait un problème conjugal ! […] Encore une fois, un peu une claque dans la figure ! » (P13Q39-Q41).

Est-ce **de la naïveté ou du déni** ? P10 est honnête :
« J'ai tendance à minimiser la situation médicale des gens, parce que moins c'est grave, plus c'est facile à prendre en charge. Il y a peut-être des gens qui vont voir le choléra partout et vont y penser plus facilement. » (P10Q20bis).
« Il y a peut-être plein de raisons inconscientes pour pas y penser… » (P10Q18).

d) Sensibilisation liée au vécu du médecin

Le vécu personnel des médecins semble influencer leur sensibilité au sujet des violences conjugales. **Une histoire de vie sans violence** fait qu'on recherchera moins les violences dans le vécu de ses patients (P3Q13).

« J'ai pas d'histoire de violence, donc je n'ai pas d'identification très forte par rapport aux violences effectives.» (P14Q22).

A l'inverse, l'histoire personnelle de certains médecins a aiguisé leur sensibilité et leur investissement auprès des femmes victimes, par un **processus d'identification**.
« Des fois, ça nous renvoie à des situations qu'on a vécues, nous.» (P15Q73).
« Mon biais, c'est toujours cette fameuse dépression du post-partum. […] Je la cherche vraiment, parce que, pour ma part, je l'ai vécue.» (P17Q38).

Enfin P1 et P12 s'étaient « *déjà sensibilisées* » (P1Q2) et étaient dans *« une réflexion personnelle depuis plusieurs années sur ce thème-là. »* (P12Q2).

e) Le rôle du genre

D'après certains participants, le **médecin femme** aurait une **approche différente de la problématique** :
« Peut-être que la femme se pose la question de l'intimité autrement. » (P6Q21bis).
« Peut-être que les femmes médecins généralistes qui font beaucoup de gynéco ont peut-être une vision un peu plus globale sur le couple, la famille. » (P13Q44).

Pour P12, il s'agit d'une **question de sensibilisation** qui serait plus présente naturellement chez le médecin femme et qui ne demande qu'à être travaillée chez l'homme (Q54) :
« À mon avis, les hommes ils sont peut-être un peu défavorisés dans cette histoire parce que personnellement, ils ont peut-être moins ressenti les choses. Donc, ils sont peut-être moins sensibilisés là-dessus mais une fois qu'ils s'y sensibilisent, je ne pense pas que ça change quelque chose. » (Q53).

Pour P15, certains médecins hommes de l'ancienne génération se détourneraient des situations médico-sociales (Q62).

Dans le même registre, pour P6, questionner le conjoint violent semblerait plus facile pour le médecin homme :

« Je pense que le fait d'être un homme, ça ne serait pas forcément très compliqué, je peux la prendre du côté : « Entre hommes, on peut se parler, donc on a le droit de se poser des questions ».» (Q9).

Pour P6 et P7, le sexe du médecin influe directement sur la **composition de sa patientèle.** Cette particularité explique en partie que les médecins hommes dépistent moins de femmes victimes de violences conjugales. P7 qui a « *2/3 d'hommes* » dans sa patientèle (Q38) dit : *« Moi, en tant que médecin homme, je suis moins de femmes. »* (P7Q2).

f) Difficultés à différencier la conjugopathie de la violence conjugale

Plusieurs médecins pointent du doigt la difficulté d'**identifier « *la frontière* »** (P11Q43bis) entre la violence conjugale, notamment psychologique, et une relation de couple conflictuelle qui ne justifie pas d'intervention du corps médical. (P3Q23).
« C'est très difficile de faire la part des choses, savoir ce qui se passe derrière exactement, s'il y a seulement mésentente ou si ça va plus loin. »(P13Q4).
« Enfin, je pense qu'il faut bien faire la part entre un couple qui ne s'entend pas et qui va divorcer, et la violence proprement dite. » (P11Q2).
« Ça pourrait n'être pas de la violence, ça pourrait être la façon normale de vivre en couple, finalement. Si on va par là, autrefois, c'est comme ça qu'ils faisaient. Donc, du coup, c'est plus des petites violences subtiles. » (P17Q39).

3.7.2 FREINS MATERIELS

a) Le médecin généraliste face à de nombreuses sollicitations

La quasi-totalité des médecins disent être « *sollicités de toutes parts*. » (P6Q24), « ***noyés dans une montagne de choses à faire*** » (P5Q43, P7Q11).
« On a tellement de boulot. […] On voit des tas de choses en médecine générale, des renouvellements d'ordonnance, le gars qui s'est coupé la tête, le suivi du nourrisson… » (P15Q22-Q28).

« Il y a plein d'autres soucis. Soit simplement être au point dans mes consultations, gérer les urgences, être au fait de l'actualité médicale, gérer les patients lourds d'aujourd'hui. » (P6Q24).

Le **motif principal de la consultation est souvent éloigné du sujet des violences conjugales** (P13Q19).

« Les gens, comme c'est pas leur demande, ils nous sollicitent déjà suffisamment par autre chose. » (P10Q15).

«Bien souvent, il y a des demandes multiples. On a affaire à un bouquet de choses assez importantes, donc c'est sûr, ça ne viendra pas à l'esprit. » (P13Q40).

Le médecin est **concentré sur le somatique, le « *technique* ».**

« Finalement, on est pris dans autre chose, ils viennent pour d'autres symptômes. Finalement, on est pris dans notre côté très technique, ou alors d'investiguer, de ne pas louper autre chose. » (P3Q10).

Par conséquent, la question des violences conjugales est rarement mise en avant (P7Q24-Q33) :

« On ne peut pas être sur tous les fronts à la fois » (P6Q31).

« Ça reste une situation grave, qui se noie parmi toutes les situations graves que l'on voit au cabinet » (P5Q43).

« On ne le fait peut-être pas parce que c'est déjà assez compliqué comme ça. » (P10Q19).

D'autant plus que le médecin se doit de pratiquer **d'autres dépistages de routine** :

« Il faut déjà que je pose la question systématique du tabac, de l'alcool, de la sexualité, de la protection, de la contraception, de l'alimentation.»(P14Q16).

«Le dépistage tous azimuts, l'alcool, le tabac ; voilà, la consultation, ça devient un interrogatoire ! » (P7Q22).

Ce même frein est avancé par certains médecins lorsqu'il s'agit des **formations**, parmi lesquelles celles sur les violences conjugales ne sont pas prioritaires (P6Q28) :

« J'ai trois millions de formations à faire, donc ça ferait partie de la trois millionième formation sur la liste, oui. J'ai plein de choses à faire. » (P5Q38).

b) Le manque de temps

Plusieurs médecins soulignent la **longueur d'une consultation** où une situation de violences conjugales est révélée :
« C'est des consultations qui sont longues ! On ne peut pas en parler en un quart d'heure, c'est pas possible ! C'est pas possible. Enfin, on ne va pas dire : « Bon ben très bien, on va en rester là ! » (rire). Surtout, c'est le genre de truc qu'elles disent en fin de consultation, c'est le truc du pas de la porte.» (P1Q15).

Les médecins sont unanimes : *« Il y a **toujours un problème de temps** en médecine générale. »* (P7Q25bis, P15Q22, P7Q16).

Concernant le dépistage des violences conjugales, ce problème est donc également présent et « peut être un frein ponctuel, contextuel. » (P14Q21).
« *Ce n'est pas facile de trouver la place pour ça en consultation*. » (P10Q15).
« Si le motif de consultation est complètement autre, je suis pas Zorro, moi, ça va me mettre une demi-heure de retard d'aborder la question […] Si on n'a pas le temps, on le fera pas bien ou sinon, on sera dangereux pour les suivants. » (P14Q21).

Cependant, pour de nombreux médecins, le problème du temps est finalement **un « faux frein »** au dépistage ciblé (P10Q16). Ils prennent le temps quand c'est nécessaire (P9Q22) :
« Je peux prendre le temps pour ça parce que je pense que c'est hyper important. Donc, ça le mérite. » (P12Q27).
« Faut aussi dédramatiser les choses, le médecin peut prendre le temps. Quand on se dit qu'il y a quelque chose qui va pas, qu'on sent que c'est quelqu'un qui est en détresse, qu'on comprend pas comment etc. » (P15Q22).
Pour P17, *« le temps, ce n'est pas un problème »* (P17Q39).

Pour d'autres, poser la question ne prend pas de temps, et s'ils recueillent une réponse positive, il est facile de **redonner rendez-vous rapidement** (P3, P5, P7, P10, P14).
« Quand j'ai l'impression d'avoir soulevé un lièvre, je donne facilement un nouveau rendez-vous. » (P8Q12).

Enfin, pour P15, *« c'est toujours le problème du dépistage en milieu libéral, c'est qu'on n'a pas vraiment le temps. Mais on peut prendre le temps. »* (P15Q64).

c) Manque de disponibilité intellectuelle du médecin

Nombre de médecins nous confient « *ne pas montrer toujours la disponibilité* » à entendre une histoire de violences conjugales. (P6Q16)
« Ça, ça peut être quelque chose d'un peu compliqué à avoir. » (P11Q32)

Une disponibilité qui peut être variable **en fonction du moment de la journée et des événements qui ont marqué le travail ou la vie privée du médecin** (P2Q22) :
« C'est sûr que le vendredi, en fin de journée […] effectivement, peut-être que je suis moins réceptive » (P16Q24).
« Des fois, ça ne vient même pas que d'une histoire de temps, c'est soi-même, on n'est pas disponible, on est fatigué, on n'a pas envie d'écouter, et on fait exprès de ne pas poser les questions qui vont lever un lièvre qu'on ne veut pas aborder. Ça, c'est vrai. » (P2Q21b).

d) Consultation non propice à la confidence

Si la patiente est **accompagnée**, la question des violences conjugales ne sera pas abordée par le médecin (P2Q19).
« Si le mari est là, si les enfants sont là, aussi » (P17Q20).
« Si les dames viennent avec des enfants, c'est pas un sujet que je vais aborder. Faut qu'il y ait un minimum de choses, être seule avec la patiente. » (P8Q16).

La **barrière de la langue** est également un frein au dépistage :
« C'est encore plus compliqué, je trouve, dans ces situations-là, parce qu'elles ne parlent pas bien le français et qu'on ne peut pas faire la traduction avec un tiers, justement. » (P1Q7).

3.7.3 FREINS EMOTIONNELS

a) Un sentiment d'échec et d'impuissance devant l'ambivalence des femmes :

Certains médecins mettent en avant leur difficulté devant **le « *déni* »** de la patiente, qui fait que la **violence reste cachée** (P1Q16, P4Q25bis, P6Q6, P11Q34bis) ou minimisée (P11Q35) :

« Et je pense aussi qu'elles le cacheront bien et qu'elles ne viendront pas forcément me voir quand elles auront des traces de coups » (P2Q11).

« Les coups, s'il y a un hématome, elles peuvent nous raconter un peu ce qu'elles veulent […] C'est pas facile de leur faire avouer les choses, c'est pas facile » (P4Q5).

P2 et P17 estiment que ces patientes viennent accompagnées, et que ce serait un moyen pour elles d'éviter l'interrogatoire du médecin (P2Q19, P17Q22).

Les médecins se trouvent également en difficulté devant **l'ambivalence des patientes** victimes, qui complique la prise en charge (P11Q8, P9Q6, P9Q30-31) :

« C'est pour dire qu'il y a aussi tout ça, toutes ces contradictions ; entre « il me bat, je veux le quitter » et « je peux pas être sans lui ». Moi, dans ma carrière, j'ai eu beaucoup de moments comme ça, où il y avait des plaintes, des certificats de coups et blessures et en même temps, pas la volonté de partir. C'est très difficile, après, de conseiller quelque chose. » (P9Q5).

« Cette apparente contradiction entre ce que vivent les femmes, les plaintes qu'elles peuvent avoir et finalement les décisions qu'elles prennent et qu'elles peuvent prendre. C'est tout intriqué » (P9Q7).

Cette ambivalence est identifiée comme étant une cause de **la récurrence** de la situation de violence avec le même conjoint (P1Q10, P9Q6, P15Q63, P17Q26).

« Parfois les femmes, elles vont venir dix fois, elles vont même partir du domicile conjugal, on va faire des certificats de coups et blessures, etc. Elles vont partir, puis elles vont revenir […] Il peut y avoir des rechutes » (P1Q7).

« On est parti sur des mois avec des situations qui vont se répéter, où il va y avoir des rechutes […] Elle retombe à chaque fois dans le même panneau » (P11Q33).

« Ca se répète. Après, on dit : « Il y a la lune de miel, ils se rabibochent », et badaboum, ça recommence ! » (P15Q12).

Les participants déplorent à l'unanimité la **lenteur des processus** permettant à la femme de se confier, puis de se sortir de sa situation (P10Q20, P14Q28) :
« Parfois, ça peut prendre dix ans. Voilà, c'est le problème qui est au long cours en fait » (P1Q7).
« On sait bien, ça peut prendre des années pour que les gens l'expriment, s'ouvrent, soient prêts à faire des choses » (P8Q5).
« C'est un cheminement long » (P12Q38).

Au vu de ces éléments, plusieurs médecins comparent d'ailleurs la prise en charge des patientes victimes à celle des alcooliques, avec de longues phases de déni, parfois une volonté soudaine de changer, et des rechutes (P1Q7, P14Q28).

Parmi les sentiments exprimés, celui qui revient le plus souvent est celui « ***d'impuissance*** » (P5Q11, P12Q38, P14Q10, P14Q25, P15Q63, P16Q9) :
« On n'est pas maître de ça du tout » (P8Q20).
« On aimerait déjà pouvoir trouver une solution rapide. On sait que ce n'est pas possible. » (P11Q31).
« Je me sens un peu dans une situation de non-assistance à personne en danger » (P16Q10).
P5 parle d'une « *situation insoluble* » qui l'a mis « *très, très mal à l'aise* » (P5Q11bis).

P1 insiste sur la notion de « ***découragement*** » en lien avec le constat de récurrence (P1Q8) au sein du même couple ou lors d'une nouvelle relation (P1Q10):
« Ca peut avoir un côté un peu ***désespérant*** *au niveau du temps que ça va mettre à prendre, et de l'énergie qu'on peut mettre là-dedans »* (P1Q7).
« On a mis en place des tas de procédures et ça n'aboutit jamais » (P11Q36).

Certains expriment une « ***incompréhension*** » (P11Q33) :
« Elle est toujours là et pour quelle raison cette femme ne décide pas de partir ? » (P11Q35).
« Qu'est-ce qui fait que rien ne bouge ? Il y a vraiment de l'incompréhension. Je ne sais pas, il y a des éléments qui nous échappent » (P11Q36).

D'autres évoquent une « ***frustration*** » (P11Q31bis, P6Q22, P1Q8) : *« C'est sûr que c'est jamais agréable de sentir quelqu'un en danger et de ne pas avoir de moyens réellement très efficaces »* (P14Q20) ; une **déception** : *« On est déçu par l'absence de réaction de cette femme »* (P11Q36) ; *« On va remuer ciel et terre pour que ça se fasse, et peut-être, nous, on va être déçu parce que la personne elle va…, finalement elle ne va pas partir »* (P1Q7, P9Q30) ; voire une « ***outrance*** » (P9Q7bis), une « *révolte* » :
« Ca révolte […] C'est difficile de se dire qu'elles ne vont pas porter plainte, qu'elles vont rentrer chez elles et que ça va recommencer » (P16Q9).

Ces différentes émotions se résument en **un sentiment d'échec** :
« Dans le cas de cette femme qui était venue de toute urgence avec son enfant, j'ai rien trouvé comme solution » (P5Q25).
Pour P14, « *c'est pas valorisant* », car il n'a pas encore constaté d'issue heureuse à une situation de violences conjugales (P14Q27 et Q28).

Ce sentiment d'impuissance, d'échec, est souligné par son **opposition avec le rôle attendu d'un médecin**, qui est d'apporter une solution aux problèmes posés par les patients :
« On a l'habitude d'avoir, surtout en tant que médecin, d'avoir une solution à tout (petit rire), on est omniscient, omnipotent » (P1Q8).
« On se sent un peu inutile, en fait. On a un rôle de thérapeute, à donner à chaque fois une solution précise, médicamenteuse, à tout ce qui nous tombe sous la main, et là, c'est typiquement le cas où on n'a rien à proposer. Donc, on se sent démuni, dans ces cas-là, oui » (P5Q27).

Deux des participants semblent avoir pris un peu plus de **recul** et relativisent toutefois leur part de responsabilité :
« Et ce n'est pas parce qu'elles retournent dans la situation de violence que nous, on a échoué ou qu'on ne doit plus les suivre, ou qu'on doit être déçu » (P12Q38).
« Moi, je leur donne les clefs, et après, qu'elles les utilisent ou ne les utilisent pas, c'est elles qui font ce choix-là […] Mais moi, mon implication s'arrête là. […] Moi, si je suis contrariée si elles se remettent avec, je m'en sors plus. C'est vraiment leur problème à elles. » (P17Q26).

On ressent une certaine résignation dans le discours de P4 : *« Je lui ai dit tous les conseils que je pouvais lui donner. Elle n'a rien fait, ça fait dix-huit ans que ça dure. Bon, je me dis, quelque part, on ne peut pas aider les gens qui ne veulent pas se faire aider. »* (P4Q22). Mais elle ne ressent pas de sentiment d'impuissance, elle a au contraire le sentiment d'avoir « *fait [*son*] boulot* » (P4Q23).

b) <u>Un sujet où l'émotion est conséquente :</u>

Tous les participants reconnaissent qu'il s'agit d'un sujet impliquant inévitablement **des émotions** (P5Q27, P7Q34, P11Q30, P13Q34, P15Q73) :
« C'est des consultations qui sont chargées d'émotion » (P1Q15).

D'autant plus si on sent la victime très fragile (P3Q21) : « *une* ***grande souffrance*** *morale* » pour la victime (P5Q27, P5Q34, P8Q14, P10Q18), une « *détresse humaine* » (P15Q62, P16Q23) :
« On peut avoir des choses conséquentes, des histoires vraiment lourdes, qui déclenchent chez les gens des réactions importantes » (P8Q12).

Les récits rapportés sont décrits comme « *assez terribles* » (P9Q4bis), « *insupportables* » (P9Q30, P15Q40), « *effrayants* » (P11Q8) : *« Il y a des situations, des fois, ça fait dresser les cheveux sur la tête »* (P15Q20).

P14 précise un peu cette idée, tout en reconnaissant que **l'émotion ne représente pas un frein** à ses yeux : *« La prise en charge de la souffrance, on colle un peu aux gens quand même, donc on s'investit émotionnellement […] En tout cas, me sentir ému dans des situations, clairement, oui, mais que ce soit un vrai frein, non. Que ce soit pesant pour un médecin généraliste, j'imagine que oui… Mais tant que ça va bien dans ma vie, je pense que ça ne me blessera pas non plus trop »* (P14Q22).

Cette idée est reprise par plusieurs participants, pour lesquels l'émotion n'est pas plus intense que dans d'autres situations rencontrées en médecine générale (P12Q29, P14Q22), comme l'annonce d'un cancer, par exemple (P1Q9).

« Je n'ai pas trouvé que c'était les consultations les pires sur le plan émotionnel […] Ca reste une consultation dans l'action, pas uniquement dans l'émotion » (P16Q23).

D'autres déclarent clairement ne pas voir de difficulté émotionnelle particulière (P4Q27, P7Q23bis, P12Q28-29).

D'autres émotions sont encore citées :

Certains expriment également un sentiment de **surprise**, lors de la mise en lumière de la violence : « *Ca désarçonne* » (P13Q45), P10 est « *déboussolé* » (P10Q20), P8 est « *sidérée* » (P8Q23).

P16 s'interroge sur une éventuelle **« *peur* » inconsciente** qui limiterait sa capacité à dépister : *« Est-ce que je ne cherche pas non plus à creuser, parce que ça me fait peur de trouver ce que je vais trouver dessous ? Je ne sais pas, c'est inconscient. Ce n'est pas que je veux laisser quelqu'un en danger, mais voilà »* (P16Q2) (P10Q27bis).

P2 est la seule à exprimer la crainte qu'une de ses patientes ne meure sous les coups de son mari (P2Q38).

Devant toutes ces émotions mentionnées, certains médecins avouent ressentir un **besoin de se protéger, de se mettre à distance** (P6Q30bis, P17Q30, P8Q20, P9Q23, P6Q31) :

« Il y a pas mal de violence. Nous, on ne voit pas les gens sous l'angle de la violence. Première chose, ça fait du bien. Parce que c'est dur, la violence » (P6Q30).

« Je suis d'accord que le dépistage systématique, les jours où on en a déjà pris plein la figure sur d'autres choses, on n'a pas envie de recevoir d'autres choses émotionnelles, on a envie de rester sur du technique, et que je n'irais peut-être pas creuser. Mais ça, c'est entre autres pour la violence conjugale, mais aussi pour pas mal d'autres choses » (P16Q25).

Certains participants soulignent que la prise en charge d'une victime lors d'une garde impliquerait moins d'émotion : *« Il y a peu d'émotionnel parce que c'est des gens qu'on ne connaît pas »* (P2Q24), et la démarche est plus codifiée, car la patiente vient avec une demande de certificat de coups et blessures : *« On est pris dans un côté un peu technique, qui finalement nous rassure et nous cadre »* (P3Q21), (P11Q23).

c) Des expériences négatives :

Nous avons interrogé les participants pour savoir s'ils avaient été confrontés à une **mauvaise expérience antérieure,** qui pourrait avoir des répercussions sur leurs difficultés actuelles :

P3 nous a confié une situation qui l'a menée au Conseil de l'Ordre (P3Q23), P9 se remémore l'échec d'une prise en charge au début de sa carrière (« *flop* » P9Q30), P14 également : *« Cette histoire-là, un bel échec. Je ne sais pas si vous allez avoir beaucoup de réussites dans les prises en charge, mais c'est compliqué, je trouve, c'est compliqué »* (P14Q27).

On met en évidence un sentiment de **culpabilité** d'être passé à côté, des remords de n'avoir pas su dépister : *« Je m'en suis voulu […] je n'avais pas fait mon boulot »* (P4Q19 et 19bis), *« C'est gênant »* (P8Q23).

Quelques-uns ne se remémorent pas d'expérience antérieure particulièrement traumatisante (P8Q17, P10Q20).

3.7.4 UNE CAPACITE DE PRISE EN CHARGE LIMITEE

a) Une situation complexe :

A l'unanimité, les violences conjugales ne sont **pas considérées uniquement comme un problème de santé**, mais elles font intervenir **des composantes médico-psycho-sociales complexes** (P17Q25) :

« Ce n'est pas qu'un problème de santé, c'est un problème beaucoup plus large. » (P8Q5)

« Ce n'est pas moi qui vais dire à une femme : « Quittez votre mari parce qu'il vous bat. ». Non, non, on ne peut pas avoir un comportement si simpliste. Il y a toujours des enfants, des problèmes d'argent, il y a toujours des tas d'autres choses qui vont être mises en avant, plus tout le lien sentimental » (P2Q40).

Un médecin explique que la situation est encore plus difficile pour les femmes des quartiers défavorisés où la violence conjugale n'est **qu'une violence parmi d'autres**.

« Mais dans un quartier comme ça, la violence des femmes, on ne peut pas oublier qu'il y a des enfants maltraités et maltraitants, des femmes violentes à la maison. Là, on parle d'une violence qui est mélangée avec de l'affectif, mais il y a aussi de la délinquance, de la violence de voisinage, de bande, de la violence liée à la situation économique, pas de travail, pas de revenus, ou des revenus illégaux etc. Donc, globalement un contexte très morose.» (P6Q31).

Parfois, la fiabilité de la patiente va apparaître comme suspecte, surtout dans les cas de demande de certificat en contexte de séparation conjugale. Cela complique la situation ; cependant les médecins se jugent tenus d'établir le certificat demandé, et le font alors de manière encore plus prudente et neutre (P1Q16, P3Q29, P14Q23, P17Q27).

En conséquence, le médecin généraliste **ne peut gérer seul cette situation**, il doit faire appel à des partenaires (P7Q20, P8Q5, P15Q25), avec l'accord de la victime (P6Q20, P16Q8) :

« C'est une femme qui est dans une situation tellement complexe que moi tout seul je ne pourrai pas faire grand-chose, de toute façon. » (P6Q20)

« Le médecin tout seul ne s'en sort pas, bien sûr. C'est le type même de la situation à la fois médicale, psychosociale aussi. Donc, si on n'est pas groupés à plusieurs, c'est difficile d'avancer. » (P5Q44).

b) Manque d'outils :

La majorité des médecins stipulent qu'ils **manquent d'outils** (P2Q15, P11Q41, P5Q25, P11Q32, P14Q14, P14Q36, P16Q4, P16Q8, P17Q25, P6Q20, P6Q11), plusieurs médecins se sentent « ***démunis*** » (P5Q9, P10Q13) :

« Les freins c'est ça principalement : […] le « pas savoir quoi en faire de ce truc-là » (P1Q8).

« Parce qu'une fois qu'on en est conscient, qu'est-ce qu'on peut en faire, comment on peut intervenir ? » (P6Q31, P11Q18).

« Parce qu'après, on n'a pas forcément de solution. En tous cas, de solutions pour les préserver d'autres violences » (P6Q11).

P5 explique qu'il se sent mal à l'aise, car il manque d'habitude (P5Q9-10).

Certains **manquent d'outils pour le dépistage** :

Pour **repérer les patientes** à interroger : *« Je ne sais pas trop à quelle femme il faut que j'arrive à poser la question […] Trouver le moment où il y a quelque chose qui doit m'interpeller dans la consultation, dans le motif de consultation, ou même dans autre chose »* (P16Q4).

Pour **poser la question** de manière appropriée :

« Puis on dit « la question ». Quelle question ? Je ne vais pas demander à une femme : « Vous êtes battue ? » (P2Q7bis).

« Peut-être que… Déjà que je sache quelle question poser, comment l'aborder et à quel moment effectivement » (P2Q14).

D'autres **manquent d'outils pour la prise en charge :**

Un des médecins s'interroge sur la prise en charge qu'il propose, fondée principalement sur le soutien psychologique : *« Il y a peut-être des choses à côté desquelles je passe, au niveau de ce qu'il faut savoir. J'ai une approche un peu psychologisante qui n'est peut-être pas adaptée à toutes les patientes, ou dans le cas de violences conjugales »* (P6Q17).

Tous **manquent d'informations sur les démarches socio-judiciaires** (P6Q17) :

« Ensuite, quels sont ses recours ? Elle peut faire appel à une aide juridique, des choses comme ça, non? Les textes de lois, je ne les connais pas vraiment » (P11Q11bis).

« Les moyens d'hébergement, je ne les connais pas directement » (P14Q36).

c) <u>Le problème du réseau :</u>

<u>Méconnaissance des partenaires :</u>

Cependant, beaucoup **méconnaissent le réseau** (P1Q8, P4Q16, P5Q37, P10Q21-22, P13Q65, P2Q17, P14Q9, P15Q33) :

« Il y a peut-être des structures que j'ignore, certainement même. Il doit certainement y avoir des antennes sur le département, sur la région grenobloise. Par contre, je serais incapable de les citer. » (P13Q64).
« Le but serait de les faire entrer dans un réseau, qu'on ne connaît peut-être même pas très bien, moi je ne saurais pas comment je m'y prendrais » (P10Q5).
« Je ne les connais pas, ces associations » (P5Q13).

Selon P1, les médecins qui ne connaissent pas les associations ont tendance à adresser leur patiente, par facilité, à **l'assistante sociale** : *« Il y a plein de mes confrères qui ne connaissaient pas forcément les réseaux, qui étaient très embêtés, ils disent : « Ah ben, dans ces cas-là, j'appelle l'assistante sociale et je l'envoie à l'assistante sociale »* (P1Q8).
« Quand je pense violence conjugale, pour moi le premier intervenant, c'est l'assistante sociale. » (P10Q44).

Parfois cette méconnaissance du réseau est expliquée par un **lieu d'exercice éloigné de Grenoble** (P15Q33) : *« Mais c'est vrai que des accueils spécifiques de femmes battues ou de conjoints potentiellement violents, je ne sais pas où il y en a. Faut descendre à Grenoble, mais ici il n'y en a pas »* (P15Q49) ; ou par le fait **d'être remplaçant** : *« On n'a pas toujours les coordonnées de la personne locale. »* (P16Q20).

Les jeunes médecins pallient cette ignorance avec l'outil Internet :
« Internet, ça ne marche pas si mal. Je taperais "violences faites aux femmes" sur Internet, j'aurais trouvé un numéro de téléphone » (P14Q36).
« Je regarde sur Internet, quand je suis en consult. Quand j'ai un souci sur des choses vraiment très ciblées, comme ça, je cherche sur Internet les coordonnées d'associations » (P16Q21).

Pour P16, il est facile de trouver ces coordonnées par l'intermédiaire de médecins plus expérimentés (P16Q8, Q20).

Un réseau jugé parfois défaillant :

Plusieurs médecins expriment un **sentiment de méfiance devant l'inefficacité des procédures judiciaires** (P6Q11, P14Q10). P1 souligne la difficulté d'obtenir une place d'hébergement (Q19).
« Moi, la réticence, elle est vraiment sur les débouchés, le sentiment d'inefficacité et d'absence de vraie réponse à donner. Judiciaire, d'éloignement, de protection.» (P14Q20).
« Oui, la justice en France est longue, mais ça on le sait et c'est pour tous les problèmes » (P1Q19).
« Elle a déjà été à la police, le gars a déjà été emprisonné et il continue. » (P6Q11).
P5 raconte que « *la police a refusé de se déplacer* » pour protéger une femme menacée (P5Q11).

Certains praticiens avouent qu'il est compliqué de faire intervenir un **médecin légiste** dans la prise en charge (P14Q25) : *«La prise en charge médico-légale, j'ai l'impression… Je ne sais pas si ça marche bien. Si on dépistait tout ce qui se passait, ils seraient ultra débordés. Impossible. Ça, c'est un problème »* (P10Q43).
« Les femmes qui ont été, qui ont eu des violences physiques importantes, tellement importantes qu'elles risquent leur peau, elles descendent pas à Grenoble se faire faire le certificat par un légiste. Dans les formations, on nous dit ça. Je trouve que c'est pas réaliste » (P15Q36, médecin éloigné de Grenoble).

P6 fait un **constat négatif sur les réseaux de soins** en général, mais avoue ne pas connaître celui des violences faites aux femmes : *« J'ai du mal, en tant que M.G, à m'insérer dans des réseaux de prise en charge qui marchent […] Parce que tout le monde sait travailler dans son coin, mais travailler ensemble… De porter des cas très très lourds à plusieurs en médecine générale, je trouve, ça ne marche pas. »* (P6Q43).

Un réseau toutefois reconnu efficace par certains :

Cependant, plusieurs médecins ne se trouvent pas en difficulté : ils **connaissent le réseau** (P8Q14 et Q18, P9Q26, P7Q19) et en sont satisfaits. Notons qu'il s'agit quasi-exclusivement de médecins salariés (AGECSA et Planning Familial).

L'efficacité du réseau est mise en avant : *« Il (le réseau) est performant ? Oui, les gens y trouvent des réponses. »* (P8Q31).

P7 souligne néanmoins que la **gratuité** des structures est un élément primordial (psychologue P7Q46bis).

d) Manque de formation :

La quasi-totalité des participants reconnaissent **une carence dans leur formation médicale initiale**, qui peut expliquer leurs difficultés (P1Q22, P3Q16, P6Q18, P15Q49, P3Q36, P4Q31, P5Q43, P12Q18, P14Q33, P16Q31) :
« Ca, c'est un premier frein, c'est le manque de formation en général » (P1Q8).
« Il ne me semble pas qu'il y ait de formations au niveau de la pratique, durant les études, durant l'externat, il ne me semble pas qu'on aborde le sujet » (P13Q22).
« On n'est pas toujours armé, nous, pour donner des conseils judicieux. Peut-être que plutôt que de faire de la biochimie, on aurait pu faire au départ une formation en psychologie, ç'aurait été important » (P11Q22).

P16 reconnaît qu'elle a peut-être bénéficié d'une formation, mais qu'elle ne lui a pas accordé une grande importance à l'époque (P16Q28) :
« J'ai l'impression, soit que c'est très loin, soit que c'était un peu déconnecté, à ce moment-là, de mes réalités professionnelles. Je n'en sais rien. C'est vrai que du coup, ça ne m'a pas laissé autant de traces que j'aurais souhaité que ça m'en laisse » (P16Q31).

Il en va de même dans leur **formation médicale continue** (P4Q31) : *« Je ne me souviens pas d'avoir vu une formation sur ce thème »* (P2Q28bis) ; parfois par manque de volonté de la part des praticiens : *« Après, c'est nous qui n'allons pas forcément aux forums qui sont organisés […] Moi, c'est vrai que je ne suis pas allée assister à une journée sur les violences conjugales. Jamais, de toute ma carrière »* (P3Q36).

Rappelons que les participants sont peu nombreux à avoir suivi une formation facultative à la suite de leurs études (cf description de la population).

e) Manque d'expérience :

Le manque d'expérience est mis en avant par les jeunes médecins, ou par les plus âgés quand nous les avons interrogés sur le début de leur carrière :

En début de carrière, P1 se décrivait comme « *embarrassée* », « *plus naïve* » (Q12).

« A cette époque, tu ne sais pas trop comment réagir, tu n'es quand même pas trop armé, tu ne sais pas trop... » (P11Q38b).

« Ce n'était pas identifié comme un problème majeur pour moi, parce que l'on a plus peur de la maladie physique, de passer à côté de la méningite que de passer à côté de la violence conjugale, quand on débute, je pense. » (P14Q33).

Ils se sentent « *mal à l'aise* » (P6Q17, P10Q27, P13Q16, P14Q14, P16Q2, P16Q14), P5 évoque le manque « *d'habitude* » (Q12).

Pour illustration, les médecins les plus expérimentés vantent **l'apport de l'expérience** :

- Pour repérer les femmes : ils développent plus d'intuition, de psychologie (P4Q34bis).

« En général, on s'améliore en vieillissant. On est plus à l'aise, on les repère mieux. Parce que je connais mieux les gens d'ici. Et même au niveau psychologique. » (P15Q51).

- Pour questionner :

« Au bout de 15 ans, non, on n'a pas de gêne. On sait les questions qui marchent et celles qui ne marchent pas […] J'aborde tout en consultation, je n'ai pas de sujet tabou. » (P7Q17-23b).

« On prend une petite maturité médicale et on pose les questions plus facilement. » (P10Q27b).

« Moi, je leur dis, comme je suis vieille. Avant ça me gênait parce que je me disais : « Peut-être que je me trompe »» (P15Q8).

- Pour prendre en charge : P8 dit avoir « *plus d'outils* » (Q23).

« On a une rigueur qui s'acquiert » pour ne « pas oublier des choses importantes » (P13Q53-54).

« Avec la maturité, on progresse forcément. La qualité, les questions, se sont affinées au cours du temps et on sait un peu à l'avance les réponses qu'on peut apporter. L'expérience, ça joue, ça c'est sûr » (P7Q18).

- Pour « prendre du recul » :

« Le recul, c'est peut-être quelque chose que je n'avais pas au départ et que j'ai beaucoup plus maintenant. C'est ce qui est vraiment très important ; sinon, on s'en sort plus. » (P17Q30).

f) Conséquences sur le dépistage :

Pour certains, ce manque d'outils et ces difficultés de prise en charge sont **un frein pour le dépistage** :

« Ou des fois on n'ose pas aller sur un terrain, c'est que, finalement, on n'a pas forcément les réponses, et alors on ne s'aventure pas » (P3Q7).

« Mais il faut être outillé. On ne peut pas poser cette question et ne pas savoir quoi en faire » (P1Q8).

Pour d'autres, il constitue **un frein à la prise en charge, mais non au dépistage** (P12Q30, P14Q14) :

« Oui, je ne sais pas trop prendre en charge, mais ce n'est pas ce qui m'empêche de poser la question. C'est ce qui m'empêcherait peut-être de prendre en charge, mais pas de poser la question. » (P10Q15).

« Après, il peut aussi se renseigner. Et ça dépend si la personne, elle a une demande ou pas. Il peut aussi se renseigner, chercher des outils et lui amener après. Non, je ne pense pas que ce soit un frein » (P12Q32).

3.7.5 FREINS SPECIFIQUES AU DEPISTAGE SYSTEMATIQUE

a) Questionnement systématique jugé intrusif

Les 2/3 des médecins interrogés **ne légitiment pas le dépistage systématique.** C'est un sujet qui « *touche à l'intime* » (P11Q5ter/25), à la « *vie privée* » (P13Q23). Ce sujet est encore « *tabou dans la société* » (P5Q22, P3Q11), délicat à aborder sans « *axe d'approche* » (P6Q15), « *intrusif* » (P6Q10-Q21bis), « *gênant* » (P4Q12/Q34).

Les médecins avancent l'idée que cette démarche « *peut mettre mal à l'aise* » (P13Q16), « *désarçonner* » (P13Q29) la patiente comme le médecin et n'est pas pratiquée au nom du « *respect de la personne* » (P9Q13bis).

Tous utilisent des qualificatifs forts, reflet **d'une gêne profonde à intégrer cette démarche** (P4Q13, P10Q20bis, P5Q23/Q24).

« Je ne suis pas du tout à l'aise avec ça […] Je trouve ça un peu déplacé, ça ne se fait pas comme ça. »(P6Q13).

« Je ne vais pas de but en blanc à chaque femme poser la question […] En tant que médecin, je ne me sens pas le droit de poser des questions sur tout. » (P9Q12-13bis).

« Systématiquement, frontalement, moi franchement, je trouve, ça serait difficile.» (P13Q28).

« J'ai l'impression d'être agressive dans la vie des gens. » (P16Q18).

Beaucoup appréhendent les **répercussions négatives** que peut entraîner cette démarche : patientes perdues de vue, mauvaise réaction de la patiente (P13Q19, P15Q53, P16Q12, P8Q11, P13Q30) :

« Je me rappelle une patiente qui depuis n'est jamais revenue ! Alors je ne sais pas si, du coup, ça a été trop. Ca m'a questionnée par rapport à ça, est-ce que c'était trop de poser la question tout de suite ou pas ? » (P1Q3).

« Je pense que ça peut faire fuir des gens. Et qu'on peut perdre des patients comme ça […] Je ne serais pas étonné qu'il y ait des gens que ça effraie. » (P10Q30).

Certains médecins auraient **peur d'être jugés par la patiente et son entourage** :

« J''ai toujours la trouille de me dire si on suit le mari, c'est un peu embêtant : « tu sais quoi, le docteur m'a demandé si tu me battais ! ». La fois d'après quand je le vois en consultation, ça me pose un peu souci. » (P16Q19)

P9 projette sa propre réaction sur celle de la patiente :

« Moi, on me ferait ça, je le prendrais très mal […] Je trouve, c'est rentrer dans ma vie privée et j'ai rien demandé. C'est pas parce qu'on est médecin, qu'on a le droit de rentrer comme ça dans ma vie privée. C'est personnel. N'empêche que je ne vais pas faire à autrui ce que je n'aimerais pas qu'on me fasse. » (P9Q13bis).

Pour P9, cette intrusion est comparable à celle qui serait causée par un questionnement des patientes sur leur appartenance à un parti politique ou sur leurs motivations à porter le voile (P9Q13bis).

Certains attendent une **autorisation implicite** de la part de la patiente.
« Il y a des secteurs privés ; pour en parler, il faut que d'autres donnent une ouverture.» (P9Q13bis)
« Il faut essayer de trouver une serrure pour entrer dans la sphère privée.» (P13Q37)
P6 a besoin que la patiente montre *« une acceptation à entrer un peu dans l'intimité »* (Q16) pour « *s'autoriser* » le questionnement.

b) Questionnement systématique jugé dégradant

Pour P9, le questionnement systématique **stigmatise injustement la patiente** :
« « Mon médecin pense que je suis une victime, que je n'ai pas les capacités de me défendre » […] Je donne à penser que je pourrais avoir une mauvaise image de cette personne-là. Parce que je pose une question dont elle ne m'a jamais parlé ! » (P9Q24).

c) Questionnement systématique jugé sans intérêt

Pour les mêmes médecins, le tout systématique est « ***assez peu opérant*** », « *ne sert à rien* » (P6Q15/Q13). Certains ont « *l'impression de tomber à plat* » (P14Q16), d'autant plus que lorsqu'ils posent la question à bon escient, la réponse est négative ou révèle une situation de violence passée qui, selon eux, présente peu d'intérêt (P7Q29).
« Dans un contexte cohérent, je n'ai pratiquement jamais de réponse positive, la faire de manière systématique, ça me semble encore plus…, plus difficile. » (P2Q13ter).
« On apprend des choses, mais sur les antécédents de violences sexuelles surtout. Je suis pas sûr que ce soit intéressant pour la patiente, en fait […] On n'en fait pas grand-chose derrière. » (P10Q7bis/Q8).

Certains médecins expérimentés préfèrent **faire confiance à leur feeling** (P9Q39) :
« Moi je suis contre [le dépistage systématique]. *Parce que c'est plus subtil que ça, les entretiens, les relations interpersonnelles. C'est quand on sait pas bien faire, après on a nos trucs »* (P15Q24).
« Si on voit qu'il y a une certaine harmonie au niveau du couple, qu'il n'y a pas de mésentente particulière, pourquoi poser cette question ? » (P11Q24).

Enfin, après avoir pratiqué le dépistage systématique pour l'enquête interne de l'AGECSA, les médecins ne l'ont pas intégré à leur interrogatoire car ils n'avaient pas observé de retombées positives :

« Il n'y a pas de gens qui m'aient dit : « Vous avez bien fait d'en parler, j'avais jamais osé vous en parler ». (P7Q28).

« Non, je n'ai pas eu le cas. « Ah maintenant, je comprends pourquoi ceci, cela… » (P9Q33).

d) <u>Questionnement systématique fastidieux en pratique courante</u>

Les médecins des centres de santé reconnaissent la faisabilité d'un dépistage systématique sur une courte durée mais pas en pratique quotidienne, évoquant une contrainte organisationnelle (P7Q16) :

« Pendant l'enquête, j'essayais de faire un questionnaire systématique, c'est lourd…En pratique, j'ai du mal. » (P8Q10).

3.7.6 FREINS SPECIFIQUES AU MEDECIN DE FAMILLE

a) <u>Le médecin de famille</u>

Le médecin peut **être gêné dans sa démarche de dépistage** s'il connaît trop bien la patiente et son entourage :

« On n'a pas envie de voir la souffrance chez les gens que l'on connaît bien, c'est possible, c'est possible. » (P14Q20).

« [Dépister] *dans les gens dont je connais les gamins et tout, je ne me sens pas. »* (P2Q34bis).

« Les gens, ils te connaissent. Il y a plus de tabou qui entre en jeu. Je comprends qu'on soit gêné pour aller fort dans un domaine tabou. » (P10Q37).

La position du médecin de famille est encore plus « *délicate* » quand il est amené à **suivre la femme victime ET le conjoint violent** (P9Q7bis, P17Q31) :

« Des fois, ça complique. On voit les 2, on a l'impression d'être hypocrite, on voit les 2 et ils ne savent pas qu'on voit les 2… » (P15Q69).

« Quand on commence à connaître le mari, le conjoint, ça commence à être nettement plus délicat. On met un peu plus de subjectivité dans le problème, c'est possible » (P3Q29).

« Je pense que c'est une situation très difficile à gérer […] Quand on doit voir, en plus sans avoir d'agressivité, sans exprimer aucun ressenti, voir de façon assez neutre, le conjoint maltraitant. » (P13Q11).

C'est une situation tellement délicate pour P17 qu'elle a *« failli demander aux gens: « Ecoutez, il faudrait que l'un de vous trouve un médecin, parce que ça va ne plus être possible. » »* (P17Q31).

Dans ce contexte il est important de rassurer la patiente en rappelant que le médecin est lié par le « *secret médical* » (P1, P9, P15).

b) <u>Le médecin remplaçant</u>

Pour certains médecins, le remplaçant est **moins bien placé** que le médecin traitant pour pratiquer le dépistage des violences conjugales, parce qu'il ne connaît ni la patiente ni « *les trucs locaux* » (P16Q21) :

« En tant que remplaçant, souvent je ne peux pas savoir si elles sont isolées. » (P10Q12bis).

« Le fait d'être remplaçant, c'est un frein parce qu'on ne s'implique pas dans les réseaux, on ne cherche pas trop. » (P10Q22bis).

« C'est quelque chose que je vois certainement plus maintenant que je suis installé qu'en tant que remplaçant. Ce qui paraît sans doute un peu logique, parce que les gens connaissent leur médecin traitant et sont peut-être plus à l'aise pour aborder le sujet.» (P13Q55).

Pour P10, *« Quand on est médecin traitant, c'est intéressant de bien connaître ses patients, et du coup c'est bien de poser la question, même si on n'a aucune suspicion. »* (Q9) ; alors que le remplaçant serait concerné par le dépistage ciblé : *« Ça revient à tout le monde.»* (Q31).

Cependant, si le remplaçant est formé au dépistage, il peut « révéler plein de situations » :
« On pourrait même dire que le rôle du remplaçant, il est essentiel quand on sait que la plupart des médecins ne dépistent pas du tout. Si son remplaçant est sensibilisé à ça, sait faire, il a intérêt à le faire. » (P10Q31).

3.8 REMISE EN QUESTION

La plupart des médecins reconnaissent **ne pas penser suffisamment à la question des violences conjugales** (P8Q11, P16Q4) :
« J'en ai bien conscience, que je suis très limitée dans mon approche de ce problème-là. » (P16Q14).
« Peut-être qu'on n'est pas assez conscient, finalement, de l'importance du problème. » (P3Q16).
« Je pense qu'en tant que médecin généraliste, on passe largement à côté de la question des violences, mais de manière plus générale » (P6Q30).

Plusieurs sont **interloqués de n'identifier que peu de victimes** dans leur patientèle en comparaison des statistiques nationales (P1Q4, P16Q3-4, P3Q40) :
*« Et **ça me questionne** de me dire « mais pourquoi j'ai si peu d'exemples ? », c'est pas normal. Je veux bien que je sois dans un endroit sympathique où il y a peu de HLM et plutôt des gens huppés, c'est pas pour autant…, on sait bien qu'il y en a dans tous les milieux, des violences. »* (P2Q12).
« C'est pas possible, dans ma clientèle, je dois en avoir plus. Vous voyez, quand j'ai entendu ces statistiques, je dois en avoir plus et alors je passe à côté » (P4Q38).
« Ca veut dire que si on ne les a pas, c'est qu'on ne va pas les chercher » (P3Q7).

Certains reconnaissent avoir des a priori, des « ***préjugés*** » (P3Q11) :
« Peut-être que je me trompe quand je pense que certaines personnes sont assez avisées par rapport à ce sujet pour oser en parler » (P9Q43).

« Donc, je me disais que c'était sûrement un gros préjugé que j'avais, que c'était agressif pour les gens que je leur pose la question. Donc, effectivement, c'est quelque chose que je pense qu'il faudra que je modifie dans les mois à venir, dans ma pratique » (P16Q18).

Plusieurs fois, c'est **notre interview qui aura fait réfléchir** les participants et qui aura amené à une prise de conscience (P11Q47, P2Q38, P3Q13, P11Q24, P10Q44bis) :
« Ben déjà, la discussion qu'on a là, maintenant, tout de suite, qui je pense va m'ouvrir un peu les yeux (rire). » (P2Q27).
« Oui. Moi je n'avais pas trop réfléchi aux freins que j'ai. Et finalement, il y a des choses qui me paraissent claires, là, tout de suite, que je pourrais faire simplement, que je pourrais mettre en place. » (P8Q33bis).

Plusieurs médecins **remettent en question leur pratique**, et estiment qu'ils ont des progrès à faire dans le dépistage (P8Q23, P10Q18, P10Q20bis, P16Q3-4) :
« Moi, je dirais que ce que j'ai à faire encore en progrès (rire), c'est mieux les dépister, parce que je pense que je me fais encore bananer, enfin entre guillemets, je n'y pense pas et je suis encore surprise » (P1Q15)
« Mais j'ai envie de le rendre systématique, donc je vais y travailler ! » (P12Q18)

3.9 LES BESOINS POUR UNE AMELIORATION DES PRATIQUES

Nous avons questionné les médecins sur leurs besoins en vue d'améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

3.9.1 SENSIBILISATION DES MEDECINS

Pour P7, **l'enquête de dépistage** menée au sein de l'AGECSA permet aux médecins généralistes d'être plus sensibilisés au problème dans leur pratique quotidienne :
« C'est plus l'audit interne qu'on a fait, qui à chaque fois réveille un peu les consciences, que forcément les grandes campagnes de sensibilisation. » (Q6).

« Oui, plus le médecin est compétent, mieux c'est pour les patients. C'est bien pour nous, c'est bien pour les patientes, si jamais effectivement ça permet d'être plus à l'écoute de ce genre de problème » (Q15).

P10 développe la même idée selon laquelle : *« C'est pas parce qu'on lit dans un journal qu'une femme sur 10 est victime de violence, qu'on est sensibilisé pour autant dans notre pratique. »* (Q32).

Une **démarche de sensibilisation personnalisée**, comme l'entretien réalisé pour notre thèse, est reconnue comme efficace (P2, P3, P12) :
« Ça nous sensibilise vachement. Tes 17 interviewés, ils verront les choses un peu différemment. Du coup, ça permet d'avancer dans sa réflexion sur le sujet. » (P10Q44bis).

Pour P1 une sensibilisation au **questionnement systématique** est indispensable car : *« Il faut que ça rentre dans les moeurs, ça je pense. Comme on parle du tabac, maintenant de l'alcool. »* (Q1).

Le problème de la sensibilisation, c'est qu'**il faut l'entretenir** :
« Je pense que tu es sensibilisé pendant quelques semaines, voire quelques mois et que si tu t'y mets, peut-être quelques années. Personnellement, je sais qu'on perd la sensibilisation. » (P10Q32).
« Des piqûres de rappel de temps en temps, c'est pas mal. » (P7Q14).

3.9.2 FORMATIONS DES MEDECINS

De nombreux médecins sont demandeurs de **« *recommandations*** » (P10Q44bis) sur les différentes étapes du dépistage et de la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Certains souhaitent des *«clés pour peut-être* ***approfondir le point de suspicion*** *»* (P13Q11) et « *mieux dépister* » (P1Q15). D'autres souhaitent une formation sur *« les tableaux qui doivent faire vraiment douter et les questionnements, les façons de dépister sans être agressif »* (P16Q37).

« Faudrait définir les critères […], qu'on me dise sur certains symptômes, il faut évoquer le problème. » (P7Q22).
« Il faudrait nous dire plus dans quelles circonstances y penser. » (P4Q30).

Pour d'autres, le besoin de connaissance se porte *« sur **l'aspect médico-légal**, sur l'aspect certificat, et sur l'aspect prise en charge sociale»* (P5Q39) :
« Ce qui serait bien, c'est de savoir exactement les tenants et aboutissants, quand on porte plainte. » (P17Q41).

Plus précisément, certains s'interrogent sur la façon de gérer **les situations d'urgence** (P17Q41) :
« Je ne connais pas suffisamment les degrés d'alerte quand vraiment c'est grave […] Les procédures vraiment d'urgence. » (P14Q30/Q31).

Le questionnement se porte aussi sur **la manière de mener à bien la consultation** :
« L'ossature de la consultation, pour ne rien omettre, pour tendre vers l'exhaustivité même si elle n'est jamais absolue. » (P13Q63).

D'autres souhaitent des **formations en psychologie** :
P9 voudrait *« mieux appréhender à quel moment il faut aider une personne pour que ça s'arrête, pour la sortir de là, l'amener jusqu'au bout, et les situations où la sortir de chez elle »* (Q34). P8 s'est inscrite à une formation sur *« les représentations de la violence. Ça, c'est une bonne chose »* (Q26).

Pour P12, il serait intéressant d'intégrer au cursus médical *« des formations globales spécifiquement sur les femmes. Pas forcément sur les femmes victimes de violence, mais sur les femmes en elles-mêmes. En quoi le fait d'être une femme, il peut y avoir atteinte à la santé. Un truc un peu plus global, pas que contraception et IVG. »* (Q58).

P12 est demandeuse « *d'**études*** **» sur le sujet**, notamment sur le dépistage, pour *« savoir si ça change quelque chose pour elles »* (Q57) : *« Est-ce que ça a amélioré leur qualité de vie ? »* (Q56). Elle voudrait connaître également *« les conséquences d'intégrer cette question systématiquement »*.

Les formations peuvent prendre différentes formes, soit une réunion animée par des intervenants (P13), des « *jeux de rôle* » (P12), des « *études de cas cliniques* » (P6) ; soit une réflexion individuelle comme à travers un « *développement professionnel continu* » (P10), la lecture d'un guide de bonne pratique (P13).

Pour P4 une formation n'a d'intérêt que si elle est « *concrète* » et « *locale* ».

Cependant, comme nous l'avons évoqué plus haut, plusieurs médecins ne sont pas « *en demande de faire autrement* » (P9Q36) et une formation sur les violences conjugales n'est donc pas leur priorité (P5, P6, P7).

3.9.3 OUTILS POUR DEPISTER

Pour dépister efficacement, certains médecins sont en **demande d'aide technique et « *d'outils pédagogiques* »** (P13Q62). P4 et P13 souhaiteraient s'aider d'un « *questionnaire anonyme* ».

Pour P8, P10 et P13, **le dossier médical pourrait être amélioré** :

« Dans les antécédents « violence intrafamiliales : oui/non ». Moi, je suis vachement intéressé pour avoir un logiciel ultra structuré.» (P10Q40).

« On a des fiches de synthèse où on a un résumé de l'histoire du patient, où on met les antécédents, des choses standard. J'ai rajouté les addictions, l'activité physique que je vais demander systématiquement, mais à des nouveaux patients. Peut-être qu'il me suffirait de rajouter les violences conjugales pour y penser ». (P8Q11).

P7 n'est pas favorable à une alerte informatique : *« Le problème en médecine générale, vous savez bien, des alertes on pourrait en mettre 50 tous les jours. »* (Q41).

L'idée d'**une consultation annuelle** « en dehors de tout symptôme » (P7Q42) est évoquée par les médecins des centres de santé, consultation qui permettrait de faire du dépistage et de la prévention mais à laquelle n'adhèrent pas les patients :

« C'est difficile de mobiliser les gens pour ça. Ça fait partie de la prévention. Dans l'idée, c'est bien. Mais on a du mal à le mettre en route. » (P8Q29).

P13 a l'idée de « *décider d'une date* » (Q67) où « *on recevrait spécifiquement* » (Q68) les femmes victimes en consultation.

3.9.4 OUTILS POUR PRENDRE EN CHARGE

Les médecins sont demandeurs de « ***coordonnées des associations locales*** » (P16Q39, P15Q60) et d'un *«site accessible même à tout le monde, où on pourrait avoir toutes les références, toutes les associations, les logements d'urgence, quelque chose qui soit officiel»* (P17Q43) pour s'informer et les communiquer aux patientes.
P10 souhaiterait le numéro de téléphone d'un référent dans le domaine.

Tous les médecins sont en demande de **mieux « *connaître le réseau* » et de « *rencontrer les intervenants* »** (P15Q64, P5Q36)**,** « *d'avoir des choses concrètes, […] du pratique* » (P4Q33) :
« Je serais assez content un jour de réunir autour d'une table tous les acteurs du réseau que je connais un peu de façon formelle et de confronter nos expériences, les forces de police, la justice, Solidarités Femmes, les assistantes sociales. […] Plutôt qu'une grande messe sur les principes, moi ce qui m'intéresse, c'est de voir les acteurs sur le terrain et de recueillir leurs expériences, leurs difficultés. » (P7Q39).

Il faut **rester à jour** par rapport aux modifications du réseau : *« Garder tout ce qui est possible au niveau juridique, les associations…Parce que ça change »* (P9Q37).

Il semble indispensable de **développer et « *améliorer le réseau* » existant**, notamment en campagne et « *dans les quartiers* » (P15Q68bis) :
« Faut faire intervenir d'autres travailleurs sociaux, moi je trouve. Le problème c'est qu'on n'en a pas des wagons ici [à la campagne].*»* (P15Q33).
« Pour améliorer la santé des patients, il faudrait améliorer les réseaux de soins […] C'est un élément essentiel, notamment dans les quartiers où les problématiques sont toujours multiformes. » (P6Q34).

Nous avons interrogé les médecins sur **l'intérêt d'une consultation dédiée spécifiquement aux victimes de violence** (dont aux femmes victimes de violence conjugale), à laquelle le médecin adresserait la patiente après dépistage.

Cette idée a été très largement plébiscitée (P1Q20, P5Q42, P11Q44-Q45, P12Q65) :
« Ça soulagerait beaucoup de praticiens. Ça serait d'autant plus facile de faire la démarche du dépistage. » (P10Q42bis).

« Ça peut être une aide précieuse. » (P13Q71).
« Vous me donnez le nom, l'adresse, les heures de consult., il n'y a pas de problème. » (P4Q35bis).

Le risque pour certains médecins, c'est le côté « *stigmatisant* » :
« Si tout le monde va au même endroit pour la même raison » (P8Q32).
« La difficulté des endroits qui sont très spécialisés, c'est que justement, des femmes qui ont du mal à en parler, elles peuvent avoir du mal à aller dans quelque chose qui est déjà étiqueté […] On ne peut pas le faire dans quelque chose de très précis, parce que, sinon, elles ne pousseraient pas la porte. » (P3Q42).

D'autres médecins nuancent l'intérêt d'une telle consultation (P1Q20bis) :
« C'est pas le plus indispensable. En premier lieu, il faudrait vraiment former les généralistes à ça » (P16Q42).
« Je ne sais pas trop ce que ça apporterait en plus. Ce que je cherche, c'est ce qu'il y a dans les associations, un lien entre une assistante sociale dédiée à ça, plus un psychologue dédié à ça, plus un avocat dédié à ça. Ce qui est déjà.» (P17Q45).

Il y a discussion sur son «implantation géographique ».
Pour certains elle doit se tenir au CHU (P8Q32bis) :
« Ce serait plus officiel si c'était au CHU » (P17Q46).
« C'est sûr qu'ils [les médecins] *ont plus l'habitude d'envoyer à l'hôpital, et du coup pourquoi pas ? »* (P1Q20bis).
Pour d'autres, sa place est à « *proximité* » (P1) des patientes dans les quartiers, une « *antenne dans un centre social* » (P7Q44) ou au Planning familial (P1, P3).

Plus intéressant qu'une consultation dédiée, P7 envisage un lieu *« pour les hommes qui se sentent, eux, victimes de pulsions violentes »*, en « amont » du dépistage médical, et qui veulent en parler. (Q44/Q46).

Quelques médecins évoquent le besoin de **parler de leurs difficultés entre collègues** (P6Q27), en groupe de pairs, de « *prendre leur avis sur la question ou de voir comment ils font.*» (P16Q41).

3.9.5 SENSIBILISATION DU PUBLIC ET CHANGEMENT DE SOCIETE

En parallèle de la sensibilisation et de la formation des médecins, il semble important pour une majorité des participants de poursuivre les **actions de sensibilisation auprès du grand public, en particulier auprès des femmes** par des « *campagnes* », des « *ateliers* » pour *« inciter les victimes à se faire connaître* » (P4Q30, P12Q43, P15Q44-Q6-Q14-Q73) :

« Moi je trouve qu'il faut le dire, qu'il y ait des clips qui passent à la télévision ou à la radio en disant : Si vous avez un conjoint qui est violent… » (P15Q43).

« D'ailleurs, les actes de pédophilie ça n'existait pas, on n'en parlait pas et depuis qu'il y a eu les campagnes de sensibilisation, il y a eu des prises de parole, alors qu'avant on n'aurait jamais rien dit. Donc moi, je pense qu'il faut qu'il y ait des campagnes régulières au niveau des médias » (P15Q44).

La sensibilisation doit aussi passer par **les hommes et les enfants** :

« Il faut sensibiliser les couples. » (P7Q34bis).

« Après, il peut y avoir des campagnes de prévention, je sais qu'en Suisse ils font ça beaucoup auprès des écoles, de faire comprendre aux petites filles que leur corps leur appartient, qu'il n'y a personne qui peut leur faire du mal. « Changer l'éducation », entre guillemets.» (P12Q9).

Le médecin dans son cabinet peut utiliser **des tracts** (P1, P2, P8) ou **une affiche** en salle d'attente, qui, d'après P10, remplit une double fonction : *« Ça montre que c'est un lieu possible. Ça peut faire penser à certaines d'en parler et ça peut t'y faire penser à toi aussi, parce que quand tu as une affiche dans la salle d'attente, tu la vois de temps en temps. »* (Q38bis).

Enfin, deux médecins soulignent qu'il s'agit d'un « ***problème de société*** » et *« ce n'est pas par les médecins généralistes que la société va changer ! »* (P1Q17, P12Q9) :

« C'est aussi une évolution globale de la société qui va aller de pair… Nous, on est une petite brique là-dedans.» (P1Q17).

« Peut-être que si c'était plus reconnu entre elles et dans la société il y aurait moins, comme je disais tout à l'heure, de la honte ou le fait qu'elles ne puissent pas en parler,

qu'elles se sentent coupables, qu'elles se sentent fautives, il y aurait peut-être moins ça.» (P12Q44).

Les médecins les plus âgés ont pu déjà observer une **prise de conscience des femmes** et estiment que la libération de la parole se ferait plus facilement qu'auparavant (P17Q36, P8Q2) :

« Je pense qu'il y a moins de honte qu'avant, comme pour les viols. Peu à peu, on dit des choses qu'on ne disait pas avant. Mais ce n'est certainement pas fini. » (P9Q43).

« Je pense que, quand il y a quelque chose qui ne va pas, heureusement, les femmes de maintenant s'expriment. » (P11Q6bis).

« Moi, je suis sûre que la génération de mes parents, donc des gens qui ont 80-90 ans, la femme était plus prête à se prendre une beigne de temps en temps, - je dis pas ça pour mes parents -, que maintenant. Maintenant, les femmes elles n'acceptent plus ça ». (P15Q73).

Cette prise de conscience est également présente au sein des **autorités judiciaires**, avec le constat d'un **progrès** dans la prise en charge spécialisée de ces patientes, en particulier au niveau policier (P15Q61/13, P7Q5) :

« Une des grandes avancées depuis 17 ans que je suis dans le quartier, c'est que les forces de police se sont vraiment structurées. Maintenant, il y a une antenne à l'hôtel de police avec des gens qui ont été formés sur l'écoute des violences faites aux femmes et ça a amélioré l'image de la police, ça a été un grand plus.» (P7Q50).

3.10 QUESTION ANNEXE : FREINS DE LA PATIENTE A SE CONFIER

Parallèlement aux freins des médecins à pratiquer le dépistage, nous nous sommes intéressées à la vision que ceux-ci pouvaient avoir des freins qui empêchent les patientes de se confier à eux.

3.10.1 DES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES :

Certains mettent en avant **une prise de conscience difficile** par la patiente, liée à **l'emprise du conjoint** (P1Q16, P6Q11, P8Q33) **:**

« Souvent, on a l'impression qu'il y a une espèce de fatalité » (P7Q7).

« Trop souvent, elles restent éteintes par rapport à leurs souffrances et n'arrivent pas à en parler » (P11Q9).

Cet état est favorisé par « **l'isolement** » de la victime (P1Q7, P1Q7bis, P9Q40).

Les patientes ressentiraient des **sentiments ambivalents** envers le mari maltraitant (P1Q10, P11Q6bis) :

« Elle voulait que ça s'arrête, que son mari s'arrête, mais elle ne voulait pas le quitter » (P9Q30).

« Je pense qu'elles les aiment quand même, ces maris-là, c'est quand même des gens qu'elles ont choisis, dans un sens. A la base, elles ont choisi cet homme-là. C'est difficile de se rendre compte que soit il a changé, soit qu'on a fait erreur. Ca ne doit pas être évident de se rendre compte de ça et de le reconnaître et de l'admettre. » (P16Q36).

Certains des participants évoquent le **cycle des violences** (P15Q33), et des **stades de progression** dans la prise de conscience et la capacité d'agir :

« Parce qu'alors là, ça se répète. Après, on dit : « Il y a la lune de miel, ils se rabibochent », et badaboum, ça recommence ! » (P15Q12).

« Les personnes maltraitantes peuvent avoir aussi ce discours de dire : « Non, non, mais je me suis un peu emporté, ça ne va plus se reproduire » (P16Q7).

« Soit effectivement, la patiente, elle n'est pas dans ce stade-là, elle n'est pas dans le stade « Je veux faire quelque chose de mon problème », on voit ça dans plein d'autres problèmes, hein, c'est le même processus » (P3Q14).

3.10.2 UN SUJET TABOU :

Pour beaucoup, il s'agit d'un sujet « ***intime*** » et « ***honteux*** », difficile à aborder (P12Q21) car « *il y a beaucoup de pudeur* » P11Q5ter) :

« Parler d'une situation d'humiliation, de maltraitance, de tout ça, c'est humiliant, donc on n'en parle pas à tout le monde. » (P6Q8).
« Je pense qu'il peut y avoir la honte, l'envie d'oublier parce que c'est du passé, des femmes qui minimisent » (P9Q9).
« Il y a des gens, ils ne se sentent quand même pas suffisamment à l'aise pour se lâcher sur un sujet ***tabou****. […] C'est quand même vachement intime. »* (P10Q29).

Certains imaginent qu'il y a de la « ***culpabilité*** » ressentie par les victimes (P13Q9, P10Q29) *: « Qu'elles se sentent coupables, qu'elles se sentent fautives »* (P12Q44).

Cette honte et cette culpabilité peuvent être **aggravées par certaines traditions culturelles ou religieuses** (P16Q36) :
« C'est des milieux très pudiques, où on n'exprime pas ce genre de chose, c'est compliqué à faire exprimer sur le vécu de couple. Enfin, c'est souvent dans les traditions musulmanes, des femmes qui vivent à la maison » (P16Q12).
« Peut-être aussi une culture, une culture familiale. On ne quitte pas son mari, c'est comme ça. » (P11Q6bis).

3.10.3 PEUR DES CONSEQUENCES DE LA REVELATION :

Pour la majorité des médecins interviewés, les victimes ont **peur des conséquences** :

- **Peur pour les enfants** : certaines femmes restent pour préserver le lien familial, d'autres pour protéger les enfants de la violence du père (P11Q5ter, P4Q22, P11Q6bis, P11Q43bis, P11Q35, P15Q12, P16Q36)

- **Peur d'une recrudescence des violences :** *« Il y a des réticences, de peur de recevoir encore des coups. Ah oui, ça c'est formulé : « Si je porte plainte, ça va encore recommencer. »* (P11Q8bis).

- **Peur de la solitude** : *« La peur de se retrouver seule, la peur de ce que disent les autres, ne pas savoir comment élever les enfants et tout ça »* (P9Q6).

- **Peur des conséquences financières** (P11Q35, P16Q36) : *« Financièrement, elles ont peur de ne pas pouvoir faire face, de pouvoir survivre si le couple explose et qu'elles vont se retrouver sans ressources »* (P11Q6bis).

- **Peur des conséquences sociales** : elles ont peur de se retrouver en foyer (P9Q30) : *« C'est pas facile de se retrouver en centre d'accueil municipal, avec ses gosses […] c'est la galère, quoi ! »* (P1Q7).

3.10.4 CONSEQUENCES : UNE CONFIDENCE DIFFICILE

Il s'agit donc d'une parole difficile à libérer pour les victimes. Et les praticiens estiment que les femmes **se confieraient en première intention à d'autres personnes qu'au médecin**. Pour certains elles se confieraient d'abord à leur « entourage », amis ou famille (P8Q5bis, P11Q7, P11Q9), puis à d'autres professionnels, surtout du milieu social (P1Q8, P11Q9) :
« Et finalement, on est rarement les premiers interpellés par les dames qui ne le considèrent pas comme un problème de santé. Elles vont voir d'autres interlocuteurs que nous, l'assistante sociale, les réseaux » (P8Q5).

Et quand la révélation se fait dans le milieu médical, ce serait **plutôt à d'autres médecins qu'au médecin traitant** : plusieurs praticiens font ainsi part de la réalisation de certificats de coups et blessures plus fréquente en garde (P2Q7), ou au planning familial (P2Q32), pour des patientes qu'ils ne connaissent pas et où « *l'écoute est plus neutre* ». Les jeunes médecins remplaçants pensent également que leur statut peut faciliter la confidence (P12Q23) : *« Les gens se lâchent de temps en temps avec quelqu'un qu'ils ne connaissent pas bien »* (P14Q20).

Ces médecins expliquent principalement ce frein par le fait que **le médecin traitant connaisse le mari et les enfants** (P2Q7, P11Q7, P2Q32) :
« Ca peut être un désavantage parce que la femme sait que vous connaissez le mari et elle ne va pas oser se confier. » (P7Q12).

La seconde explication possible est que **la patiente souhaite préserver les apparences** devant **le médecin traitant qui la connaît depuis longtemps** (P2Q7) :
« C'est vrai que quand on suit les gens depuis l'enfance, ça doit être difficile de dire : « Ben voilà, je subis des violences », en tout cas, j'imagine qu'il peut y avoir un frein vis-à-vis du médecin » (P14Q20).
P9 exprime bien cette gêne ressentie par les patientes, et établit une comparaison avec la demande de viagra : *« C'est comme pour la délivrance du Viagra, il y a des gens qui ne vont pas chez leur pharmacien, ils vont chez un autre pharmacien, qu'ils ne connaissent pas […] Donc bien connaître quelqu'un […] ça peut être un obstacle aussi, parce qu'on se connaît trop bien et qu'on a trop envie, malgré tout, de donner une certaine image »* (P9Q18).

4. DISCUSSION

4.1 LES LIMITES DE L'ETUDE

4.1.1 LIMITES DE LA BIBLIOGRAPHIE

Dans un premier temps, nous souhaitons souligner la **difficulté de réaliser une recherche exhaustive** sur le sujet des violences conjugales faites aux femmes, du fait des nombreuses expressions anglaises désignant ces violences : intimate partner violence, domestic violence, spouse abuse, partner abuse, battering, battered women … C'est pourquoi malgré une veille bibliographique, nous ne pouvons garantir l'exhaustivité de la littérature étudiée.

4.1.2 LIMITES DE LA METHODOLOGIE

a) Biais de sélection des participants

L'échantillon de médecins interrogés est constitué de médecins volontaires au sein d'une population présélectionnée. Cet échantillon n'est pas représentatif du paysage médical isérois. La représentation statistique n'était pas recherchée, notre but était d'obtenir un panel diversifié de médecins.

On peut penser que les praticiens ayant participé à notre thèse sont **plus sensibilisés** au problème des violences conjugales **que la moyenne des médecins** :

- ils ont accepté l'entretien, signe de leur intérêt pour le sujet,
- 30% d'entre eux sont salariés des centres de santé,
- 30% ont au moins une vacation par mois dans un centre de planification familiale,
- 30% ont suivi une formation spécifique sur le thème des violences conjugales dans leur carrière.

(NB : les pourcentages peuvent renvoyer à un même praticien)

On peut suspecter que les médecins qui n'ont pas répondu à notre sollicitation auraient été particulièrement intéressants à interroger, car sûrement en difficulté vis-à-vis de cette problématique.

b) Biais d'intervention

C'est à l'occasion de notre thèse que nous avons réalisé nos premiers entretiens semi-dirigés. Etant des **investigatrices novices,** il nous a paru difficile, notamment lors des premières rencontres, de rester neutres afin de ne pas influencer les réponses de l'interviewé. L'autre difficulté était de devoir adapter le guide d'entretien à chaque interlocuteur.

Nous nous sommes demandé si le fait d'être deux femmes à mener les entretiens avait pu influencer le discours de certains participants, car aucun propos sexiste ni politiquement incorrect n'a été recueilli comme cela a pu être le cas dans d'autres études. [1,19]

Il est également possible que la réalisation des entretiens par deux personnes différentes ait une incidence sur leur déroulement et leur reproductibilité, sans que cela ait toutefois constitué une gêne lors de l'analyse. [20]

c) Biais d'analyse et biais d'interprétation

La rigueur et la validité interne d'une étude qualitative est assurée par **la triangulation**, terme désignant l'analyse des données par plusieurs personnes afin d'en améliorer la compréhension et d'en diminuer la subjectivité.

Tous les entretiens ont donc été doublement analysés et trois d'entre eux ont été analysés, en complément, par notre directrice de thèse, le Dr. GERVASONI. Pour ces 3 retranscriptions, le 3ème regard n'ayant pas apporté d'information inédite, la triple analyse ne nous a pas paru justifiée sur l'ensemble des entretiens.

La double analyse a pour objectif de diminuer l'influence de nos propres représentations et de nos hypothèses préalables, qui constituent un biais d'analyse.

Les entretiens se sont révélés riches et les informations recueillies débordent souvent le cadre de notre thèse. La difficulté a été de cibler notre analyse sur les objectifs préalablement définis.

Enfin nous avons rencontré des difficultés dans notre travail d'interprétation car de nombreux participants construisaient leur raisonnement au fil de l'entretien et changeaient parfois de discours, pouvant dire une chose et son contraire au cours de notre échange. Cela peut être à l'origine d'un biais d'interprétation. Cependant, nous avons travaillé en équipe, ce qui permet de réduire ce biais.

4.2. UN REEL PROBLEME MEDICAL, RESPONSABLE D'UNE SYMPTOMATOLOGIE VARIEE

4.2.1 DES SITUATIONS A RISQUES BIEN IDENTIFIEES PAR LES MEDECINS, SAUF …

Les médecins interrogés sont conscients de l'absence de profil particulier des femmes victimes de violence conjugale, mais identifient des facteurs de risques, qui sont également retrouvés dans la littérature [1]. Les résultats d'une étude française, menée auprès de 70000 femmes, viennent de paraître (octobre 2012). Cette nouvelle étude insiste sur certains facteurs de risques : l'âge (24-44 ans), la précarité [21]. (**ANNEXE 5**)

Cependant très peu de participants ont mis en avant la situation de la **femme enceinte et en post partum.** Or cette situation est clairement identifiée comme étant à risque élevé d'apparition ou d'aggravation des violences conjugales [1,22]. 3 à 8% des femmes subissent des violences durant leur grossesse [1]. Les violences du conjoint débutent à la première grossesse dans 40 % des cas et redoublent durant la grossesse dans 40 % des cas également [23]. Il existe des violences physiques et/ou psychologiques dans 53% des grossesses non désirées [24]. Une étude indique que moins d'un médecin sur 10 questionne la patiente au sujet des violences conjugales au cours de sa grossesse [25]. La dépression du post-partum constitue également un signe d'alerte car elle est davantage présente parmi les femmes victimes de violence conjugale [22].

Les **répercussions obstétricales** des violences sont importantes : fausses couches, prématurité, petit poids de naissance. D'autre part à la naissance, l'investissement maternel dans la relation mère-enfant peut être difficile, ce qui a été souligné par un seul médecin participant à notre étude. [1,24]

Dans l'étude de Sarafis [26], un avortement sur 4 est le fait de violences conjugales. Or, dans notre étude, peu de médecins font le lien entre une **demande d'IVG** et le vécu de violences, comme le montrent les travaux de Pelizzari M. et de Romito P. [27, 28]

Enfin, les médecins semblent peu alertés par une patiente en **situation de séparation ou de divorce**, situation pourtant à haut risque de violence conjugale. [1,29]

Comme dans de nombreuses autres études, les médecins luttent contre les représentations socio-culturelles communes de la femme victime : ils ont en effet tendance à suspecter davantage les femmes des milieux défavorisés voire des populations immigrées. [30,31]

Les **consultations répétées** sont également un signe d'alerte. Il est à noter que les femmes victimes de violences conjugales consultent 2 à 5 fois plus leur médecin que la population générale [1,32, 33]

4.2.2 DES REPERCUSSIONS SUR LA SANTE CONNUES MAIS … PAS LE DECES

Tous les médecins font le lien entre les violences conjugales et **les répercussions traumatiques et psychologiques.** Cela concorde avec les données de la littérature. [1, 33, 34, 35]

L'**abus médicamenteux** est cité par certains participants, et confirmé dans la thèse de HERRY Caroline Élise : dans les 6 mois précédant la révélation d'une situation de violence, la femme victime consomme significativement plus de psychotropes que la population générale. [32]

Seul **le syndrome de stress post-traumatique** (SSPT) n'est pas évoqué, or c'est la forme d'anxiété la plus communément associée aux violences conjugales : 35% des

femmes victimes présentent un SSPT ; et on retrouve une histoire de violences conjugales chez 39% des personnes souffrant d'un SSPT. [1,29]

Dans notre étude, nombreux sont les médecins qui connaissent également le lien de cause à effet entre le vécu de violences conjugales et **des tableaux cliniques d'ordre somatique et psychosomatique** tels que les plaintes gynécologiques, les douleurs chroniques, les troubles intestinaux, l'asthénie… [36]

Notons que ce résultat est différent de celui de la plupart des études sur le sujet. Dans la thèse d'A. Perrot, seuls 5% de médecins associaient les troubles psychologiques aux violences et aucun n'associait les IST, les migraines ou les troubles alimentaires au vécu d'une telle situation [25]. Dans le travail de M.Woimant, pour 97% des médecins, le premier signe évocateur de violence conjugale est l'hématome. [24]

Cette différence nous a interpellées et confirme que la population de médecins, que nous avons interrogés, est davantage sensibilisée au problème en comparaison aux études existantes.

Cependant rares sont les médecins qui ont évoqué le **décès**, conséquence ultime des violences conjugales, qui fait toute leur gravité. Rappelons que les violences conjugales sont responsables du décès d'une femme tous les 3 jours. [6]

Les médecins sous-estiment-ils le péril vital auquel sont exposées les femmes victimes de violences conjugales ?

Les répercussions sur la **santé des enfants** ont également été abordées par les participants, qui sont notamment interpellés par les troubles du comportement présentés par les enfants témoins. [9,23]

4.3 ROLE DU MEDECIN GENERALISTE :

Les médecins interrogés sont **conscients qu'ils ont un rôle à jouer** auprès de ces femmes [37] . Aucun n'a en effet exprimé que ce n'est pas du ressort du médecin, comme cela pouvait être le cas dans les études datant du début des années 2000 [1,38]. Cela peut

être lié aux efforts d'information de ces dernières années (rapport Henrion et Plans d'Action interministériels), ou bien est-ce un biais lié à notre faible échantillon ?

Le **rôle principal** du médecin généraliste mis en avant par tous nos participants est celui **du dépistage** :

Dépister, c'est poser les questions, repérer la demande cachée derrière le motif de consultation annoncé. Il s'agit de provoquer la parole de la patiente. Pour cela, le médecin doit se montrer ouvert au problème et disponible, il doit écouter et soutenir, de manière empathique. Cela nécessite d'établir une relation de confiance, afin de permettre un soutien psychologique. Cela permet de rompre l'isolement de la patiente, de l'aider à une prise de conscience (car les violences ne sont pas toujours perçues comme telles), et de la faire réagir, tout en respectant son cheminement.

Une étude anglo-saxonne explique en effet qu'une prise en charge inadaptée peut avoir des conséquences négatives. Pour proposer une action appropriée, le médecin doit d'abord identifier le stade de prise de conscience de la victime : celle-ci peut ne pas avoir conscience de subir des violences (*precontemplation*), elle peut en être consciente mais vouloir le cacher *(contemplation*), elle peut être au stade où elle souhaite en parler et changer les choses (*willing to disclose*). [39]

Si on les interroge sur leur pratique, tous affirment pratiquer le dépistage en présence de situations médicales ou d'indices cliniques qu'ils considèrent comme suspects. La plupart vont utiliser des questions très ouvertes *(« Comment ça se passe à la maison ? »),* certains vont utiliser des questions plus précises en cas de forte suspicion *(« Avez-vous déjà subi des violences ? »).*

Les médecins savent donc que leur revient la tâche de dépister (un seul des participants émet une réserve quant à ce rôle de dépistage actif), et pourtant, on ne peut que constater que la grande majorité d'entre eux ne met pas en pratique cette conviction. Notre travail consiste à mettre en lumière ces freins.

Par ailleurs, le **rôle d'orientation** apparaît comme prioritaire dans la prise en charge. Le problème est en effet jugé trop complexe pour être géré par le médecin généraliste seul. Il s'agit d'orienter ces femmes sur des structures aidantes spécialisées et

pluridisciplinaires (associations spécialisées, forces de l'ordre, assistante sociale, avocat, psychologue, conseiller conjugal), pour une prise en charge concrète et pratique.

Le reste de la prise en charge apparaît d'importance secondaire :

Réaliser le certificat de coups et blessures (**ANNEXE 8**), à la demande de la victime, ou parfois sur l'initiative du médecin, même si la victime ne souhaite pas s'en servir dans l'immédiat. Les médecins de notre échantillon ont majoritairement déclaré qu'ils n'avaient pas de difficulté à remplir ce certificat en respectant la neutralité nécessaire, c'est le cas également dans d'autres études (20% seulement manquent de formation dans la thèse de C. Morvant) [30,38]. Cela paraît étonnant, puisque d'après le Rapport Henrion, près de 70 à 80 % des certificats ne seraient pas remplis convenablement, ce qui peut être préjudiciable pour la victime. [1]

D'une manière générale, rappelons que tous les éléments recueillis à l'interrogatoire et à l'examen doivent être consignés dans le dossier médical, ce qui n'est pas mis en pratique par 50% des médecins dans l'étude de C. Morvant. [38]

Poursuivre un **accompagnement médical** et apporter des soins médicaux s'ils sont nécessaires.

Notons qu'aucun médecin n'a abordé le sujet des prescriptions médicamenteuses. Or d'après certaines études [1,38,40], jusqu'à 81% effectuent une prescription médicamenteuse (anxiolytiques 76%, antalgiques 71%, antidépresseurs 69%, hypnotiques 63%). Il est vrai que nous n'avons pas posé directement cette question, mais elle nous paraît intéressante, puisque les médecins français ont la fâcheuse réputation d'être de grands prescripteurs d'anxiolytiques et antidépresseurs. [41]

Informer et conseiller la victime sur les risques, les démarches à entreprendre. Les participants ont ainsi cité des démarches judiciaires et leurs conséquences, mais aucun n'a parlé des consignes de préparation au départ à donner à la patiente : prévoir un lieu où se réfugier (famille, amis) et préparer un sac (faire des photocopies et mettre de côté des papiers officiels tels que carte d'identité, carte de séjour, passeport, livret de famille, permis de conduire, carnet de santé, chéquier, certificats médicaux…) [25]. Notons qu'un des praticiens a notifié la nécessité de signaler que la femme quitte le domicile conjugal

(main courante ou procès verbal de renseignement judiciaire), afin qu'elle ne soit pas accusée « d'abandon de domicile ».

La plupart des médecins estiment avoir un **rôle de protection** vis-à-vis de leur patiente. Pour beaucoup, protection semble synonyme de séparation, d'éloignement du conjoint. Or, il est important de souligner que la séparation est reconnue comme une période particulièrement à risques de violences physiques graves, voire d'homicide [1, 25,29,42]. Environ 30% des femmes subissent encore des violences ou des harcèlements après la séparation.

Par ailleurs, **évaluer la gravité et l'urgence de la situation** est un rôle qui a été très peu cité dans notre étude. Pourtant, il est essentiel. Peut-être les médecins ne connaissent-ils pas suffisamment les signes qui font craindre un passage à l'acte avec violence grave :

- Augmentation de la fréquence et de la sévérité des faits de violence,
- Aggravation des lésions physiques et des troubles psychologiques,
- Retentissement éventuel chez des enfants qui vivraient dans le même foyer,
- Existence de facteurs aggravants : éthylisme chronique du conjoint, présence d'armes au domicile, menaces de mort, facteurs de vulnérabilité de la victime, comme la grossesse. [1,43]

La présence de ces facteurs doit orienter le praticien sur une prise en charge en urgence (dépôt de plainte, hospitalisation, hébergement d'urgence). [44]

De manière plus anecdotique dans notre étude :

Un des participants souhaiterait que le médecin généraliste ait davantage un rôle de sensibilisation auprès du public, dans les écoles par exemple.

Deux d'entre eux seulement parlent d'être plus vigilants quant aux répercussions possibles sur les enfants de ces couples-là. Il s'agit pourtant d'une mission essentielle, car près de 3 millions d'enfants seraient exposés, et les conséquences sur leur propre santé est loin d'être négligeable [1, 9, 23].

Un des médecins pense avoir pour mission d'essayer d'agir sur le mari.

Donc, un rôle supplémentaire et parallèle serait de dépister les hommes violents (cette idée est développée dans la partie Perspective).

Nous pouvons comparer ces résultats à ceux d'une thèse réalisée en 2010, qui aborde le sujet de manière originale, par le biais d'entretiens personnels semi-directifs auprès de 12 femmes victimes, et qui met en lumière ce qu'elles attendent de leur médecin [15]. Le médecin doit être empathique, créer une relation de confiance. Il ne doit pas sembler pressé, mais disponible, à l'écoute, en respectant le temps de cheminement nécessaire à la patiente. Il doit poser ou suggérer la question. Le médecin doit croire ces femmes, les soutenir et les déculpabiliser. Elles attendent également de leur médecin qu'il repère des indices, fasse sortir le mari s'il accompagne, propose son aide, donne des informations, les adresse à des personnes compétentes, en particulier des psychologues.

Pour synthétiser, nous pouvons retenir cet acronyme, proposé par une institution suisse pour décrire le rôle du médecin [4]:

D – Détecter une violence ou une maltraitance
O – Offrir un message clair de soutien
T – Traiter Blessures et douleur, faire le certificat médical
I – Informer sur les droits et les ressources du réseau
P – Protéger

Ou encore les grandes notions tirées du rapport Henrion [1] :

Accueillir et être à l'écoute
Dépister
Evaluer la gravité
Assurer les soins et constituer un dossier
Rédiger le certificat
Informer et orienter la patiente.

4.4 INTERET DU DEPISTAGE

4.4.1 POUR LES VICTIMES :

Le premier intérêt est de **permettre la libération de la parole des victimes**, qui est rarement spontanée. Les violences conjugales sont en effet les plus cachées des violences [38]. Seules 24% des victimes en parlent à leur médecin. Celui-ci est cependant le premier professionnel à qui elles s'adressent puisque 13% seulement sollicitent les forces de l'ordre et 6% un avocat [45]. Parmi tous les types de violences, les violences sexuelles sont les plus dissimulées, sans doute par pudeur et honte [24]. Libérer la parole permet une rupture de l'isolement.

C'est la première étape pour aboutir à une protection de la victime, à la cessation des violences. Pour beaucoup, protection est synonyme de séparation du conjoint violent (deux participants seulement envisagent une réconciliation). La femme qui s'en sort est perçue comme plus heureuse.

Plusieurs chercheurs ont prouvé par des études randomisées qu'ils obtenaient une **amélioration de la qualité de vie** significative après plusieurs types d'interventions auprès des femmes victimes. L'apport de conseils permet d'augmenter la proportion de femmes qui adoptent des mesures de sécurité (par exemple faire des photocopies et mettre de côté des papiers officiels, avoir une personne ressource chez qui se réfugier) [46]. La prise en charge par un avocat spécialisé permet à la victime d'obtenir les aides sociales plus rapidement, et d'accélérer la séparation du conjoint. Cela apporte une amélioration de la santé et de la qualité de vie (diminution des syndromes dépressifs et moins de récidive des violences) [47,48,49,50].

Par ailleurs, d'après le Dr Lopez, repérer les violences conjugales permettrait d'éviter de traiter de façon médicamenteuse les syndromes dépressifs qui en découlent [51].

4.4.2 POUR LES PRATICIENS :

Pour le médecin, l'intérêt réside en une **meilleure connaissance de la patiente**, apportant un éclairage nouveau sur certains symptômes, donc une possibilité d'améliorer sa prise en charge médicale par une vision plus globale de la personne, et par conséquent de mieux la soigner. Cela peut permettre d'éviter des examens complémentaires inutiles. Cela renforce de surcroît le lien de confiance dans **la relation médecin-malade**. Ces aspects positifs se retrouvent dans plusieurs travaux [45,52].

4.5 LES PRINCIPAUX FREINS AU DEPISTAGE

4.5.1 MANQUE DE SENSIBILISATION

a) Sensibilisation insuffisante, voire inexistante

Le peu de sensibilisation du corps médical est mis en avant dans de nombreuses études et, il est jugé responsable d'un sous-repérage [1, 24].

D'une part les médecins méconnaissent l'importante prévalence des femmes victimes de violences conjugales. D'autre part certaines situations à risques ne sont pas identifiées comme telles. Et la symptomatologie reconnue comme aspécifique par les médecins ne facilite pas le repérage.

Enfin, en pratique, ils font rarement le lien entre la présentation clinique de la patiente et une situation de violences conjugales. Certaines études ont quantifié cette " erreur de diagnostic " : la présence de maltraitance s'avèrerait dix fois plus fréquente que ne le perçoivent les médecins [38].

De plus, aucune sollicitation professionnelle relative aux violences conjugales n'est rapportée par les participants à l'exception des médecins de l'AGECSA qui ont participé à une enquête de dépistage. Les médecins sensibilisés le sont par un vécu personnel particulier, une démarche individuelle de formation.

b) Délicate évaluation des violences psychologiques

Si les violences physiques sont facilement identifiables par les médecins, les violences psychologiques, bien que plus fréquentes, exigent quant à elles une évaluation plus « subtile ». D'ailleurs, dans la thèse de M. Woimant, aucun des médecins n'a réalisé de certificat médical de coups et blessures devant une situation de violence conjugale psychologique.

La difficulté consiste à différencier le conflit conjugal, pour lequel le médecin peut conseiller une simple médiation, des violences conjugales, pour lesquelles la prise en charge est plus complexe et la médiation conjugale non adaptée [30, 42].

Deux hypothèses peuvent être avancées devant cette difficulté :

- Les médecins méconnaissent le mécanisme des violences conjugales notamment l'asymétrie de la relation, la notion d'emprise et d'impuissance apprise.

- Les médecins minimisent la situation des patientes soit par naïveté (la violence ne fait pas partie de leur quotidien), soit par déni (ils refusent de voir la violence dans leur pratique courante).

c) Questionnement sur le rôle du genre.

La question du genre ne faisait pas initialement partie de notre guide d'entretien mais elle a été rapidement abordée par les participants.

Influence sur le comportement de la patiente

Dans notre étude, les médecins pensent majoritairement que **la femme se confie indifféremment** à un médecin généraliste homme ou femme. Cependant deux participants estiment qu'elle se confierait davantage à une femme. Dans le travail de M.Woimant, le sexe du médecin ne semble pas faire obstacle à la confidence : 10% des femmes interrogées préfèrent un médecin homme, 40% un médecin femme et 50% ne se prononcent pas [24]. D'autres études montrent que les médecins femmes sont plus volontiers sollicités par les femmes victimes [25,40]

Notons également que les médecins hommes de notre étude disent avoir une patientèle principalement masculine ; n'est-ce pas le reflet d'un choix des patients de consulter un médecin du même sexe ?

Influence sur le comportement du médecin

Certains participants avancent l'hypothèse que **le comportement du médecin** vis-à-vis des femmes victimes de violence conjugale pourrait être différent selon qu'il est un homme ou une femme, avec le postulat que **le médecin femme serait plus sensibilisé** et aborderait le sujet plus facilement.

Une étude qualitative exploratoire utilisant la méthode des focus groupes et portant sur le rôle du genre dans la gestion des violences conjugales, a en effet révélé des comportements différents.
Dans cette étude, les médecins généralistes femmes dépistaient plus activement, avaient pris en charge davantage de femmes victimes, s'impliquaient plus émotionnellement et portaient une plus grande attention aux enfants, que les médecins hommes.
Quant aux médecins hommes, ils identifiaient le refus de rapport sexuel comme un facteur déclenchant des violences, ils étaient plus pessimistes et pensaient que la femme victime retomberait fatalement dans une relation violente. Par conséquent, ils préféraient attendre que la patiente se confie spontanément plutôt que de pratiquer un dépistage [19].

Une étude suédoise récente souligne également que ce dépistage est plus souvent pratiqué par les médecins femmes alors que d'autres variables comme le statut marital, l'âge, le lieu et la durée d'exercice du médecin n'ont pas d'impact [53]

Enfin une étude américaine a montré que 76% des médecins qui avaient renseigné la présence de violence conjugale dans le dossier médical étaient des femmes [54].

Des travaux ne portant pas spécifiquement sur les violences conjugales, mettent en avant **le rôle du genre dans la relation médecin-patient**. Les médecins généralistes femmes font preuve de plus d'empathie, sont plus intéressés dans les problèmes psychosociaux en général et savent créer une atmosphère positive propice à la confidence par des techniques verbales et non verbales de communication. Elles font plus de

prévention et de dépistage [55,56]. Elles posent plus de questions et reçoivent en retour plus d'informations de la part de leurs patients [57].

Enfin peu d'études s'intéressent aux **effets d'interaction de genres**, mais des hypothèses sont avancées : les médecins femmes surestimeraient la gravité des problèmes médicaux des patientes femmes alors que les médecins hommes la sous-estimeraient [57].

Cette **différence de pratique** vis-à-vis des femmes victimes de violences conjugales peut donc s'expliquer de plusieurs façons.

Tout d'abord, les médecins généralistes hommes ont souvent une patientèle majoritairement masculine et par conséquent manquent d'expérience professionnelle dans le domaine des violences faites aux femmes.

Ensuite, les médecins femmes auraient une sensibilité « naturelle » à la problématique de cette forme de violence, avec parfois même un phénomène d'identification.

Enfin, les médecins généralistes femmes auraient un style de communication plus centré sur le patient et l'écoute. Cette différence de genre est également présente dans d'autres situations cliniques, tout comme dans la population générale.

Ces différences ne sont pas figées. La sensibilisation, tout comme les techniques de communication, peuvent être travaillées et améliorées par les médecins généralistes hommes afin d'atténuer, voire d'effacer ces inégalités. C'est le cas des gynécologues obstétriciens hommes qui ont développé des qualités d'écoute similaires, voire supérieures à celles de leurs consœurs [55].

Soulignons que cette différence de genre n'influence pas l'aspect biomédical de la consultation, qu'il s'agisse de la qualité des informations délivrées, ou des soins prodigués dans ce domaine [55].

4.5.2 FREINS MATERIELS

Le propre de la médecine générale est de recouvrir de nombreux champs d'intervention. Les médecins décrivent très bien les **sollicitations multiples** auxquelles ils

doivent répondre à chaque consultation en jonglant avec les contraintes horaires. Ils ont également une importante **mission de prévention**. Par conséquent, ils avouent ne pas aborder spontanément le sujet des violences conjugales.

Bien que le **manque de temps** soit un problème récurrent, pour la plupart des médecins de notre étude il s'agit d'un faux frein pour ce qui est du dépistage ciblé. Les problématiques complexes justifient de prendre du temps [24, 30, 38, 45].

C'est l'**absence de disponibilité intellectuelle** qui constitue ponctuellement un frein.

Il est intéressant de souligner qu'aux yeux des femmes victimes de violence conjugale, **les structures de soins actuelles ne permettent pas aux médecins de prendre assez de temps** pour traiter leur problème au-delà des soins procurés pour les blessures qu'elles présentent [38].

Enfin la confidentialité de la consultation est également une condition nécessaire à la réalisation du dépistage [1, 30].

4.5.3 FREINS EMOTIONNELS

a) Les médecins sont mis en difficulté devant l'attitude des femmes :

Toutes les femmes violentées ont une attitude ambivalente vis-à-vis de l'agresseur, avec parfois du déni, des changements de comportement ou de discours d'un jour à l'autre.

Les médecins constatent que le processus de prise de conscience et d'action est extrêmement long (de l'ordre de plusieurs années), et qu'il y a fréquemment des rechutes (la femme retourne avec l'homme violent) ou des récidives de situations similaires (avec un nouveau compagnon).

La plupart des médecins expriment un sentiment d'impuissance, de découragement, de frustration devant ces situations longues et répétées. Un véritable sentiment d'échec, d'inutilité ressort parfois, ils utilisent un vocabulaire fort (« désespérant », « ça révolte »…) et comparent cette situation à celle de l'alcoolisme chronique.

Sur ce point, notre étude concorde avec nombre d'autres [1, 38, 52].

On peut émettre l'hypothèse que ces sentiments négatifs sont à l'origine d'un désinvestissement des médecins à l'égard de la problématique des violences conjugales en

général, avec notamment un retentissement sur leur démarche de dépistage qui s'en trouve freinée.

Ces sentiments sont sans doute liés à l'incompréhension face aux réactions de la patiente. En effet, nos participants constatent l'attitude contradictoire de la victime, mais aucun n'en aborde précisément la cause. Les médecins manquent manifestement d'informations sur ce qu'est la violence conjugale [38].

Or, les chercheurs en psychologie se sont penchés sur le sujet, et ont développé plusieurs concepts qui permettent de mieux l'appréhender, que nous avons détaillés en introduction : le phénomène d'emprise qui brouille les pensées de la victime, la répétition du cycle des violences qui aggrave les choses et crée l'impuissance apprise ce qui rend la femme incapable de réagir. Informer les médecins sur ces éléments permettrait sans doute de diminuer ce sentiment de frustration.

Par ailleurs, ce sentiment d'échec est majoré par le fait qu'en tant que médecins généralistes, ils ont l'habitude de donner une réponse rapide et efficace aux problèmes médicaux présentés par leurs patients.

Notons toutefois que la majorité des participants ne met pas en doute la parole de la victime et qu'aucun n'évoque une éventuelle part de responsabilité de la femme dans les violences qu'elle subit, comme cela peut être le cas dans d'autres études [1,30,38]

c) <u>Un sujet où l'émotion est importante :</u>

La prise en charge des violences expose les praticiens à de fortes émotions, puisque les victimes sont en grande souffrance. Cependant, certains n'identifient pas là un frein au dépistage, car il existe en médecine générale de nombreuses autres situations qui sont sources d'émotions intenses.

Toutefois, ils sont plusieurs à avouer ressentir parfois un besoin de se protéger, de se mettre à distance. Ce sont des moments où ils vont se montrer moins disponibles et moins ouverts auprès des patients, et où ils ne vont pas pratiquer de dépistage actif.

Aucun des médecins de notre étude ne banalise ou ne minimise les conséquences des violences subies, à l'inverse de praticiens interrogés dans d'autres études [30, 38].

d) <u>De mauvaises expériences antérieures :</u>

Plusieurs médecins nous ont relaté des expériences antérieures négatives (échec de prise en charge, sanction du Conseil de l'Ordre), qui peuvent expliquer leurs difficultés à s'investir dans le dépistage de nouvelles patientes. La crainte de sanctions professionnelles ou pénales, citée une seule fois dans notre étude est retrouvée dans d'autres travaux [1].

4.5.4 CAPACITE DE PRISE EN CHARGE LIMITEE

a) <u>Manque d'outils :</u>

La majorité des médecins disent manquer d'outils pour être efficaces dans le dépistage, dans l'information à apporter, et dans la prise en charge concrète. Ils manquent d'informations pour repérer les victimes, et d'outils pour gérer efficacement la situation. Ce constat apparait dans de nombreuses études [1, 38].

Un des participants souligne qu'il a peut-être une approche trop psychologisante, et donc limitée du problème. Cet aspect était déjà soulevé en 1999 par le travail de P. Romito.

Par ailleurs, quelques-uns des participants évoquent la nécessité d'un **savoir-faire relationnel** afin de mettre la patiente suffisamment en confiance, que ne possèderaient pas tous les médecins. Ce savoir-faire est-il inné ou peut-il s'acquérir ? S'agit-il uniquement de stratégies, d'outils de communication ? Peut-on apprendre l'empathie ?

Il semble toutefois possible de travailler sur sa capacité d'écoute et de communication et de progresser en ce domaine. Cela nécessite à la fois de l'apprentissage et de la pratique.

b) <u>Méconnaissance du réseau :</u>

La plupart des participants ne connaissent pas le réseau, et n'ont pas de partenaires privilégiés à solliciter dans le cas de ces violences. Par facilité, certains vont adresser les

femmes victimes à l'assistante sociale. C'est une initiative pertinente, car les problèmes socio-financiers sont souvent présents, mais cela ne suffit pas.

Les médecins de notre échantillon sont tous conscients que les violences conjugales représentent un problème multidisciplinaire et trop vaste pour être géré par le médecin généraliste seul. En comparaison, selon le rapport Henrion, deux tiers des médecins géraient seuls la situation en 2001. A la même époque, les professionnels vers lesquels les médecins adressent le plus les femmes sont la police ou la gendarmerie (56% des patientes) et le psychologue (52% des patientes). Seules 23% des victimes sont orientées vers une association. [38]

Cependant, il ressort des différentes études que les victimes ont besoin d'une prise en charge multidisciplinaire couvrant les aspects médicaux, psychologiques, judicaires et sociaux. [58]

Certains participants trouvent parfois ce réseau défaillant, en particulier sur le versant judiciaire, jugé trop lent et peu efficace pour assurer la protection des femmes.

c) Manque de formation :

Il ressort de notre enquête une **lacune considérable dans la formation des médecins** sur le sujet des violences conjugales : aucun n'a bénéficié de cours en formation initiale, et ils sont peu nombreux à s'être formés volontairement par la suite.

Le manque de formation des professionnels de santé est déploré dans la grande majorité des études que nous avons recensées [1, 2, 38] et en particulier dans le troisième Plan d'Action Triennal Interministériel [14]. Les textes relatifs au programme des études médicales ne prévoient actuellement aucun axe sur la sensibilisation aux violences à l'égard des femmes [59], alors qu'il existe un item « maltraitance et enfants en danger ». Cependant, les UFR de médecine disposent d'une large autonomie quant aux contenus pédagogiques des formations dispensées. Certains modules de formation obligatoires pourraient donc éventuellement intégrer cette dimension à travers notamment la médecine légale et la santé publique (par exemple items n°8 : Certificats médicaux, ou encore item n°16 : Grossesse normale, n°289 : Troubles somatoformes).

Une méta-analyse a prouvé que le simple fait d'informer les médecins sur l'existence des violences n'était pas suffisant. En revanche, en leur apportant des outils pour le dépistage et la prise en charge, on améliore grandement leur capacité de dépistage [60].

Pourtant, malgré une connaissance insuffisante du sujet, plusieurs participants avouent qu'une formation ne serait pas leur priorité. Nous pouvons rapprocher ce résultat paradoxal d'une étude où 60% des médecins déclarent ne pas se sentir suffisamment informés, mais n'ont pourtant pas le sentiment d'être gênés dans leur travail par cette méconnaissance de la violence conjugale [38]. La question se pose donc de savoir comment nous pourrions amener les médecins à ressentir le besoin de formation.

d) Manque d'expérience :

La plupart des médecins interrogés sont rarement confrontés aux plaintes pour violences conjugales. Ils se disent *« mal à l'aise »* du fait de ce manque d'habitude.

e) Conséquences sur le dépistage :

On peut naturellement penser que **le fait d'être démuni sur la prise en charge va constituer un frein au dépistage** : comment dépister si l'on n'a rien à proposer derrière ?

Pourtant, certains participants nous affirment le contraire : ils admettent cette difficulté comme un frein à la prise en charge, mais ne reconnaissent pas qu'elle constitue un frein au dépistage. Ils sont de bonne foi dans leurs déclarations, mais pourtant, on constate qu'ils ne dépistent pas suffisamment. Y aurait-t-il tout de même un frein inconscient lié à l'absence de solution à proposer ?

4.6 DEPISTAGE SYSTEMATIQUE VERSUS DEPISTAGE CIBLE

4.6.1 RETICENCES

La majorité des médecins décrivent le dépistage systématique comme intrusif, sans intérêt, fastidieux en pratique courante.

Toutes les études menées sur la faisabilité du dépistage systématique au quotidien ont ce même résultat : les médecins sont réticents à le mettre en place [30,61,62,63]. Seuls 8% des médecins le pratiquent [1,53]. Ils seraient d'accord pour un dépistage systématique, mais pratiqué par d'autres professionnels de santé [62].

La crainte de choquer la patiente est toujours mise en avant ; or nous savons aujourd'hui que cette crainte n'est pas fondée : le taux d'acceptabilité du dépistage auprès des femmes subissant ou non des violences conjugales atteint 80 voire 97% dans certaines études [43,54,64,65]. Il est important de souligner que les femmes non victimes ne sont pas choquées par cette démarche [1,38,52].

La plupart des femmes victimes non seulement acceptent d'être questionnées mais espèrent que le médecin va leur demander si elles sont violentées. C'est l'attente de près de 75% des femmes victimes qui sont cependant soucieuses du respect du secret médical [1,24,54].

4.6.2 FAISABILITE

Pour certains, le dépistage systématique semble cependant réalisable sous couvert d'un prétexte.

Il peut être pratiqué lors d'une campagne nationale, une enquête. Les médecins acceptent de réaliser un dépistage de routine sur une courte durée, mais n'envisagent pas sa pratique au quotidien.

Pour d'autres, le dépistage des violences peut être réalisé au moment du questionnement sur les antécédents (lors d'une première consultation ou de l'actualisation du dossier médical) ou encore lors d'une consultation pour un motif gynécologique.

4.6.3 INTERETS

Cependant, le dépistage systématique est intéressant à plusieurs titres.

Il augmente le taux de révélation de situations de violence, permet de poser un diagnostic positif précoce et facilite l'orientation et la protection des femmes victimes.

A défaut d'occasionner une révélation, la question reste bénéfique car elle sensibilise les femmes victimes qui ne sont pas encore prêtes à se confier et signale que la porte est ouverte [53, 54]. Ce questionnement rend également plus vigilantes les femmes non victimes dans des situations conjugales limites [45].

Enfin, cette démarche augmente la satisfaction des patientes, victimes ou non de violence conjugale, vis-à-vis de l'équipe soignante et de la consultation en elle-même [64].

La pratique du dépistage systématique modifie également les représentations et le comportement des médecins et aide à diminuer la stigmatisation sociale et les craintes vis-à-vis de la réaction de la patiente.

Pour toutes ces raisons, de nombreux collèges américains et canadiens recommandent le dépistage systématique [66,67,68]. Il n'existe pas de recommandations de ce type en France.

Cependant l'intérêt de la mise en place d'une politique de dépistage systématique est toujours en discussion. Des études anglaises fondées sur une revue de la littérature exhaustive n'ont pas apporté la preuve qu'un dépistage précoce était suivi de la mise en place d'une prise en charge globale efficace ou d'une amélioration de la qualité de vie sur le long terme. Des études mieux structurées, plus puissantes, sont encore nécessaires [48, 61, 62].

4.6.4 LE DEPISTAGE CIBLE ACCEPTE

Le dépistage ciblé ou actif doit se faire devant certaines situations à risques et symptômes évocateurs de violence conjugale. Or ces tableaux ne sont pas suffisamment repérés par les médecins. Conscients de la nécessité d'élaborer des recommandations pour

guider les médecins généralistes, des chercheurs ont listé des situations cliniques devant lesquelles le dépistage doit être pratiqué [4,69,70]. (**ANNEXE 6**)

4.7 LE MEDECIN DE FAMILLE : UNE POSITION DELICATE

Les particularités du statut de médecin de famille sont apparues clairement dans notre étude.

4.7.1 UNE POSITION PRIVILEGIEE

Le médecin traitant connaît bien ses patientes et a instauré avec elles une relation de confiance propice à aborder des sujets intimes. Dans la thèse de Belin, on retrouve cette notion de l'importance de la relation de confiance médecin-patiente dans la confidence [30].

De plus, il connaît souvent leurs proches et peut être alerté par le comportement du mari ou des enfants et alors s'enquérir de l'existence de violences dans le couple.

4.7.2 UN OBSTACLE A LA REVELATION

Cependant pour certains, ces atouts se transforment en obstacle.

D'une part la patiente peut ne pas oser se confier au médecin qui connaît ou même soigne également mari et enfants, par peur du non-respect du secret médical, ou pour préserver les apparences.

D'autre part, le médecin de famille est lui-même freiné pour questionner une patiente qu'il connaît depuis longtemps, évaluant les situations familiales avec subjectivité (par exemple s'il estime que le mari est incapable d'être violent, qu'il semble plaisant et attentif en consultation) ou par crainte d'offenser et d'être jugé. Le médecin souhaiterait-il également préserver son image ?

Enfin, tous soulignent la position très inconfortable du médecin de famille qui soigne à la fois la femme violentée et le mari auteur des violences. En particulier, il apparaît difficile pour le médecin de ne pas juger l'auteur et donc de rester aidant pour les deux conjoints.

Peu d'études mettent en avant la position délicate du médecin de famille telle qu'elle apparaît dans notre travail.

Dans la thèse de M. Woimant, pour 60% des femmes victimes le fait que le médecin connaisse et soigne l'ensemble de la famille est un frein pour s'adresser à lui [1, 24].

Dans l'étude de C. Morvant, un médecin sur deux avoue être gêné dans son intervention par le fait de connaître et de suivre le mari agresseur [38].

Par conséquent, les médecins avancent l'idée que les révélations de violences conjugales se feraient davantage auprès d'un médecin « neutre », lors d'un contact « ponctuel » : un médecin de garde ou un médecin remplaçant.

Une telle distinction ressort peu des différentes études portant sur le point de vue des femmes.

4.7.3 PARTICULARITES DU MEDECIN REMPLAÇANT

La mission de dépistage du médecin remplaçant semble encore plus limitée : il ne connaît ni la patiente ni le réseau local. Il se doit cependant de pratiquer le dépistage ciblé et, s'il est formé, pourquoi pas le dépistage systématique. D'autant plus que la femme victime, face à ce nouvel interlocuteur, peut se sentir plus libre de se confier au sujet des violences subies.

4.8 SPECIFICITE DES MEDECINS SALARIES

Au sein de notre échantillon de 17 médecins, 5 sont salariés en Centre de Santé (soit près d'un tiers) et plusieurs ont des vacations au Planning Familial (une fois par semaine ou une fois par mois). Cela nous a permis de mettre en évidence quelques particularités propres à ces praticiens :

4.8.1 EN TERMES DE DEPISTAGE :

Premièrement, les médecins des Centres de Santé sont **davantage sensibilisés** au problème des violences faites aux femmes, puisqu'ils ont participé, en 2010 et en 2011, à une enquête de dépistage interne à l'AGECSA. Ces enquêtes ont permis aux praticiens de prendre conscience de l'ampleur du phénomène et s'inscrivent directement dans les objectifs des Centres de Santé (prise en charge globale de la santé des patients, incluant l'éducation thérapeutique et sanitaire, la prévention, le dépistage et la lutte contre les inégalités sociales de santé). [71,72]

En outre, les deux médecins qui pratiquent un dépistage systématique de routine sont salariés des Centres de Santé, et l'une d'elles travaille également au Planning Familial.

De même, les Centres de Planification sont connus pour leur action de prévention des violences faites aux femmes, renforcée par la présence de conseillères conjugales. La spécificité gynécologique des consultations, ainsi que la population particulière qui consulte, rendent la question des violences plus évidente et facilitent le dépistage par le médecin.

Par ailleurs, le **temps de consultation** moyen pour ces deux structures est supérieur à celui d'un médecin généraliste libéral : 30 minutes au Planning Familial, 20 à 40 minutes en Centre de Santé, contre 15 à 17 minutes en moyenne en médecine libérale [73]. Le médecin est donc moins pressé, et cela lui laisse du temps pour aborder des questions de prévention, dont le dépistage des violences conjugales.

4.8.2 EN TERMES DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES:

Les médecins salariés **connaissent mieux le réseau** des partenaires, et ils sont capables de citer les différentes associations présentes sur Grenoble. Certains ont même fait la démarche d'aller rencontrer les responsables de ces associations.

Par ailleurs, au sein des Centres de Santé sont présents de **nombreux professionnels**: psychologue, psychiatre, parfois assistante sociale, ce qui permet une prise

en charge globale et pluridisciplinaire de la patiente. De plus, comme le souligne un des participants, la **gratuité d'accès** (tiers-payant) facilite beaucoup le recours aux soins, surtout dans les quartiers dits défavorisés.

Enfin, ces structures ont développé des politiques de prévention dans différents domaines, et les médecins bénéficient de **formations adaptées**, qui leur permettent d'améliorer leurs performances. Par exemple, une formation sur le thème des violences conjugales a eu lieu au sein de l'AGECSA quelque temps après nos entretiens. Elle a été centrée sur les difficultés mises en lumière par notre étude.

4.9 PERSPECTIVES

4.9.1 BESOINS

Nos entretiens ont mis en évidence les freins et les difficultés des médecins généralistes pour dépister et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. Nous proposons ci-dessous quelques pistes pour pallier ces problèmes et améliorer l'efficacité du médecin dans sa démarche de repérage.

Encourager le dépistage systématique est une bonne initiative, car il est toujours préférable de mettre en lumière une situation de violence, mais il semble utopique d'arriver à une pratique généralisée. Il nous paraît donc davantage approprié de **promouvoir le dépistage ciblé**, en cas d'indices ou de facteurs de risques.

a) Sensibilisation des médecins :

Il ressort nettement de notre étude que les médecins ne sont pas assez sensibilisés, puisque le premier frein cité est « **de ne pas y penser** ».

Quel serait le meilleur moyen de sensibiliser les médecins et de leur faire prendre conscience de l'importance de leur rôle ?

Une **campagne à visée nationale** n'est pas la solution, aucun n'ayant modifié sa pratique de façon notable à la suite de la campagne de 2010.

Un des participants nous a confié avoir débuté une réflexion personnelle suite à la **lecture d'articles** sur le sujet. Cela reste un moyen facile pour toucher un large public de professionnels.

Cependant, les médecins demandent davantage à être **sensibilisés dans leur pratique**, comme par la **réalisation d'enquêtes flash** (dépistage systématique sur une courte durée) au sein de leur propre patientèle. Les autorités de santé pourraient par exemple définir une date à laquelle elles demanderaient à tous les praticiens d'effectuer un dépistage systématique des violences conjugales. A notre connaissance une telle initiative d'ampleur nationale n'a jamais été testée.

Pour d'autres, l'idéal serait une **action de sensibilisation personnalisée**. La réflexion sur le sujet serait déclenchée par un entretien individuel comme ceux menés pendant notre travail de thèse. Plusieurs participants ont en effet évolué dans leurs représentations au cours de notre échange, et ont reconnu l'utilité de cet entretien pour leur pratique future.

Peut-être reste-t-il à imaginer un nouveau mode de sensibilisation, « au chevet du praticien ».

L'un des participants souligne à juste titre que la sensibilisation doit être entretenue pour rester efficace.

b) Formation des professionnels de santé :

Il ressort de notre enquête des lacunes dans la formation des médecins sur le sujet des violences conjugales, qu'il faut pallier.

Le troisième plan d'action interministériel insiste sur ce point et propose de concevoir et développer des formations pluridisciplinaires, propices à la mutualisation et aux échanges de bonnes pratiques et, de manière plus ambitieuse, de les étendre à l'ensemble des violences faites aux femmes.

Quel contenu ?

Le contenu de la formation doit être adapté aux souhaits des médecins. Il doit porter aussi bien sur le dépistage (comment et devant quels symptômes dépister) que sur la prise en charge notamment judiciaire (certificat, lois, dépôt de plainte), ou encore la gestion des

situations d'urgence. Certains praticiens déplorent leur manque de formation en psychologie et communication.

La forme également doit être adaptée aux besoins: les médecins généralistes souhaitent des informations concrètes et locales, des recommandations applicables au quotidien.

A quel moment ?

Il existe régulièrement des FMC (formation médicale continue) sur le sujet, mais les médecins n'y assistent pas, cela pour plusieurs raisons :

Les besoins en formations sont multiples, et les violences conjugales n'apparaissent pas comme une priorité

Les formations sont parfois trop longues ou ont lieu à des horaires inadaptés

Par ailleurs, plusieurs participants estiment qu'une formation les aurait sans doute peu intéressés lors de leur formation initiale, car elle aurait été jugée alors trop éloignée de leurs besoins à ce moment-là [1].

Le moment idéal pour une formation semble donc se situer **en fin d'internat**, lorsque l'étudiant a déjà expérimenté les spécificités de la médecine générale par la réalisation d'un ou plusieurs stages chez le praticien. C'est la théorie développée par l'une de nous deux dans son mémoire de DES [74].

Le fait, pour un médecin, d'être régulièrement formé sur le sujet, donne lieu à un taux de dépistage plus élevé que pour un médecin non formé [75].

Par la suite il est donc nécessaire d'entretenir la sensibilisation acquise lors de cette première formation, par des « piqûres de rappel ».

c) Des outils pour dépister :

Certains participants ont évoqué **l'utilisation d'un questionnaire** pour faciliter le dépistage. Cette aide technique existe et a prouvé son efficacité [76,77]: nous disposons de plusieurs questionnaires standardisés, issus de la recherche anglo-saxonne, qui peuvent être menés oralement par le médecin ou remplis par la patiente [75,78]. Il existe :

- des questionnaires courts, adaptés à la pratique en médecine libérale : HITS (hurt-insult-threaten-scream), WAST-Short (= les 2 premières questions du WAST), AAS (5 questions), PVS, SAFE.

- des questionnaires longs, plus précis, complémentaires d'une version courte mais nécessitant du temps : WAST (Women Abuse Screening Tool : 8 items) (**ANNEXE 7**) WEB, ISA(Index of Spouse Abuse), CAS (Composite Abuse Scale : 30 questions)

D'après certaines études, le HITS (hurt-insult-threaten-scream) est le plus sensible et le plus spécifique des tests (sensibilité et spécificité entre 86 et 100%) [62]. (**ANNEXE 7**)

Plusieurs médecins suggèrent une **amélioration du dossier médical**, avec en particulier l'utilisation d'un support informatique qui pourrait faciliter le dépistage, comme un onglet spécifique sur la fiche de synthèse ou des antécédents. Voir celui-ci régulièrement les inciterait probablement à poser la question plus fréquemment.

L'idée d'une consultation de synthèse annuelle en dehors de tout symptôme, où ils trouveraient du temps pour le dépistage, est développée par les médecins des Centres de Santé. Mais une telle consultation est difficile à intégrer dans les pratiques ; les patients n'en comprennent pas toujours l'intérêt.

d) Des outils pour prendre en charge :

Les médecins sont souvent limités dans la prise en charge à proposer aux victimes, par manque d'information et méconnaissance des structures. En améliorant leur capacité de prise en charge, pourrait-on diminuer, voire supprimer, certains freins au dépistage ?

Le réseau :

La principale demande des médecins interrogés concerne le réseau : la plupart ne le connaissent pas suffisamment, voire pas du tout. Tous sont désireux de mieux le connaître et beaucoup souhaiteraient rencontrer ses intervenants, afin d'en avoir une représentation plus concrète.

Ils souhaitent disposer d'un accès facile et rapide aux coordonnées des associations locales, et que ces données soient actualisées, éventuellement sur un site internet.

Sur Grenoble, le réseau est bien fourni :

- Plusieurs associations spécialisées sont présentes, avec chacune des spécificités (cf **ANNEXE 4**)
- Les forces de l'ordre se sont structurées et ont été formées : il y a des référents spécialisés, les plaintes pour violence conjugale sont systématiquement prises en compte. Une des associations est présente au sein de l'Hôtel de Police.
- Depuis 2011, un véritable réseau s'organise autour des différentes associations, des forces de police et des structures judiciaires, avec des réunions de concertation des différents acteurs. Malheureusement, l'existence de ce réseau n'est pour l'instant pas relayée auprès des médecins généralistes, peut-être du fait de sa récente création.

En revanche, d'après nos participants, l'offre est déficiente en milieu rural, et devrait être renforcée dans certains quartiers défavorisés.

Par exemple, pour pallier ces inégalités, on envisage à Bourg d'Oisans la présence du Planning Familial une demi-journée par semaine.

La consultation dédiée :

En France comme dans d'autres pays d'Europe (comme la Suisse), des consultations dédiées aux patients victimes de toutes formes de violence ont vu le jour (Caen, Toulouse, Lille, Lausanne…). Ces consultations, au sein d'unités médico-judiciaires, reçoivent des patients adressés par les services d'urgences, les médecins de ville, les associations non médicales. Une prise en charge globale et rapide y est proposée aux victimes [79,80].

Devant le constat de l'efficacité de ces consultations, nous avons soumis aux participants la question de l'intérêt de ce type de structure en Isère. Elle est vue positivement par la plupart, comme un lieu bien identifié, et pouvant faciliter le dépistage. Cependant, plusieurs médecins nuancent son intérêt, qui leur paraît redondant avec les associations spécialisées déjà présentes, et précisent que si le lieu est trop stigmatisant, les femmes ne s'y rendront pas. Les avis sont partagés quant à sa localisation privilégiée : à l'hôpital ou à proximité des quartiers ?

e) Sensibilisation du public et évolution de la société :

La dernière campagne d'information à l'attention du grand public, en 2010, présentait des affiches et des clips vidéo volontairement choquants, marquants. On peut comparer cette campagne à celles de la sécurité routière, où de nouvelles publicités apparaissent régulièrement, de manière à entretenir la sensibilisation de la population, et regretter que ce ne soit pas le cas pour les violences conjugales.

Les informations données aux femmes via ces campagnes doivent mettre en avant les aides possibles : le 3919 (appel gratuit n'apparaissant pas sur le relevé du téléphone), les associations spécialisées et le **rôle du médecin généraliste**.

Le cabinet médical peut être un lieu de relais de ces informations, avec des affiches ou des tracts bien en vue.

Par ailleurs, la sensibilisation ne doit pas **s'adresser** uniquement aux femmes victimes, mais **aussi aux hommes violents** ou susceptibles de l'être, comme cela a été fait en Seine St Denis à l'initiative du Dr Lazimi en 2010. Exemple de slogan de la campagne: « Si t'es un homme, tu ne la traites pas comme ça », « Insulter, c'est pas aimer »

Il nous semble important également qu'une campagne de sensibilisation mette en avant les répercussions sur les enfants : le risque de violences perpétrées sur l'enfant d'une part, et les conséquences sur celui-ci d'autre part s'il est témoin des violences conjugales (angoisse, répétition des comportements de violence…). Cette prise de conscience concernant l'enfant est parfois l'élément libérateur de la parole de la mère.

Par la sensibilisation du public, il s'agit d'arriver à un véritable **changement de regard de la société** sur les violences conjugales, mais aussi plus largement sur les inégalités homme-femme, le « sexisme ordinaire » dénoncé par Maryse Jaspard.

Le Québec constitue un bon exemple, avec une prise de conscience plus précoce de l'ampleur du phénomène, un système de soins prenant en compte les violences conjugales comme une priorité, un système associatif complet (associations pour les femmes victimes, les hommes violents, les enfants témoins) [81], des actions de prévention variées (du spot publicitaire à l'intervention auprès des enfants en milieu scolaire). Y a-t-il en France un manque de volonté des pouvoirs publics ? Pourtant, comme nous l'avons vu en

introduction, l'ampleur du phénomène et de ses répercussions médicales et économiques justifierait des actions de prévention plus soutenues, que nous ne pouvons qu'encourager.

4.9.2 OUVERTURES

a) Un rôle parallèle : dépister et traiter les hommes violents

Le dépistage du conjoint violent est également reconnu comme relevant du rôle du médecin généraliste, mais il est très peu pratiqué [82]. En général, il apparaît aux participants comme encore plus délicat que le dépistage de la victime.

Seuls trois médecins estiment qu'il est plus facile d'y penser quand ils sont en présence de certains hommes, mais un seul affirme le pratiquer souvent.

Il ne s'agit toutefois jamais d'un dépistage systématique, mais il est pratiqué auprès d'hommes qui ne vont pas bien, qui ont un problème d'addiction, ou qui sont ressentis comme impulsifs ou violents par le médecin. En revanche, les praticiens sont mis en grande difficulté devant les hommes décrits comme « pervers », qui ne reconnaissent absolument pas l'existence d'un problème.

Deux femmes médecins avouent qu'elles ont parfois peur du conjoint, qui peut devenir agressif vis-à-vis d'elles lors de la consultation, si elles abordent le sujet. Cette peur face à l'homme violent peut constituer un frein au dépistage de celui-ci, mais également au dépistage de la victime [1].

Pourtant, le problème des violences conjugales ne peut pas s'envisager uniquement par la prise en charge de la victime. Il est intéressant de comprendre quelles sont les origines de la violence en général [83,84].

Concernant les hommes maltraitants, des travaux de psychologie ont été publiés ces dernières années, et il s'avère que l'homme pervers (décrit classiquement comme « pervers narcissique ») représente un faible pourcentage parmi les hommes violents, qui sont principalement des hommes en souffrance. [85]

Il s'agit d'hommes fragiles, qui présentent un dysfonctionnement grave dans le rapport à l'autre, où la domination a remplacé le dialogue. Il y a une défaillance dans la reconnaissance de l'altérité. Il y a également une mauvaise distance entre les deux

partenaires du couple (en général trop proches), menant à l'insécurité, à l'angoisse. Le moment où la femme réagit (porte plainte, ou s'en va) est particulièrement dangereux, car les hommes redécouvrent alors l'altérité (angoissante) et peuvent être débordés par la pulsion (absence de pensée).

Il existe sur Grenoble une structure spécialisée dans la prise en charge psychologique et l'accompagnement des auteurs de violences : PASSIBLE.

Un site canadien propose un test sous forme de questionnaire à faire remplir par l'homme, afin qu'il puisse évaluer son degré de violence. [86]

b) Et les hommes victimes ?

Nous avons volontairement centré notre thèse sur les femmes victimes, car très peu d'études sont consacrées aux hommes victimes de violences conjugales.

Cependant, ces dernières années, nous assistons à une prise de conscience : de plus en plus d'hommes sont identifiés comme victimes. Les différentes études ne sont pas unanimes sur les chiffres : un homme serait maltraité pour 5 à 10 femmes.

Comme chiffre officiel, nous citerons ceux du Ministère de l'Intérieur concernant les morts violentes au sein du couple : en 2010, 174 personnes sont décédées, dont 146 femmes et 28 hommes (soit une femme tous les 2,5 jours et un homme tous les 13 jours).

Il existe une association spécialisée, proposant une permanence téléphonique, qui organise son deuxième colloque sur le sujet en novembre 2012. [87]

Au niveau isérois, seul le Planning Familial accueille les hommes victimes, les autres associations sont réservées aux femmes.

Ce phénomène des violences conjugales faites aux hommes est donc peu connu, il est nécessaire qu'il fasse l'objet de travaux de recherche afin d'être clarifié et mieux identifié.

c) Tout professionnel de santé doit être vigilant vis-à-vis des violences

Les professionnels concernés par le dépistage des violences conjugales sont bien sûr ceux qui interviennent dans le système des soins primaires : outre le médecin

généraliste, nous citerons l'urgentiste (confronté surtout aux lésions physiques), le gynécologue (les violences sexuelles sont fréquentes et ce sont les plus dissimulées, la grossesse est une période « à risques »), le psychiatre, le pédiatre (répercussions sur les enfants témoins), les infirmières libérales, les kinésithérapeutes, etc.

THESE SOUTENUE PAR : Amélie BOISMAIN et Marie GAUDIN

TITRE : 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.

5. CONCLUSION

Les violences conjugales faites aux femmes constituent un réel problème de santé publique car elles sont très fréquentes (elles toucheraient 20 à 30% des femmes au cours de leur vie), sont responsables de conséquences multiples sur la santé des victimes, et représentent un coût non négligeable pour la société. Cependant la prise de conscience du phénomène par les professionnels de santé est récente en France, et s'il est admis qu'il revient au médecin généraliste de pratiquer le dépistage de ces femmes maltraitées, en pratique ce dépistage est peu réalisé.

Parmi les freins pouvant expliquer cette difficulté à dépister, nous avons mis en évidence, en premier lieu, un manque flagrant de sensibilisation des médecins **:** ils méconnaissent l'ampleur du phénomène, et connaissent mal les mécanismes des violences conjugales, qu'ils confondent avec la conjugopathie. Les conditions à risques, comme la grossesse, et certains symptômes d'alerte sont également peu connus. Par ailleurs, la sensibilisation est influencée par l'histoire personnelle du médecin, et serait plus marquée chez les médecins femmes.

En second lieu, il existe des freins matériels liés à la consultation de médecine générale : la gestion de sollicitations multiples en un temps limité relègue le dépistage des violences conjugales en seconde intention, d'autant plus qu'il s'agit d'un dépistage parmi d'autres (tabac, alcool….).

De plus, c'est un sujet qui expose le médecin à de vives émotions, qui peuvent, en elles-mêmes, constituer un frein. Le praticien ressent un sentiment d'échec et d'inutilité, de frustration devant la complexité de la situation et l'ambivalence des victimes, qui ne permettent pas toujours au processus d'assistance d'aboutir.

Enfin, le dernier frein au dépistage mis en évidence dans notre étude est la difficulté de prise en charge des victimes, une fois les violences découvertes : les médecins manquent de formation, d'outils, ils connaissent mal le réseau spécialisé et manquent

souvent d'expérience.

Pour toutes ces raisons, les médecins interrogés sont très majoritairement réticents vis-à-vis du dépistage systématique, pourtant recommandé par plusieurs institutions internationales ; cependant ils sont conscients qu'il leur revient de pratiquer un dépistage ciblé.

Il ressort en outre, de notre travail, que le médecin de famille occupe une position délicate face au dépistage. D'une part, la relation de confiance tissée avec la patiente permettrait de faciliter ce dépistage. Mais d'autre part, le fait de trop bien connaître la personne et son entourage peut aussi freiner le questionnement actif du praticien et les confidences de la patiente.

Enfin, il est apparu que les médecins salariés des centres de santé sont plus sensibilisés au problème, connaissent davantage le réseau et par conséquent sont plus à l'aise avec le dépistage des femmes victimes.

Afin d'améliorer le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, il convient donc prioritairement de sensibiliser et former les médecins généralistes, en adaptant la formation aux besoins et aux difficultés mises en évidence ci-dessus. Il faut leur proposer des outils pour faciliter le dépistage et des aides à la prise en charge, notamment en faisant connaître et en améliorant le réseau de partenaires. Il est nécessaire par ailleurs, bien sûr, de continuer à sensibiliser le public et changer le regard de la société sur ce problème par des campagnes nationales, des programmes éducatifs. Pour finir, n'oublions pas qu'il est indispensable de prendre en charge les hommes maltraitants, et qu'il existe également des hommes victimes de violences conjugales à dépister.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 23/10/2012

LE DOYEN

PROFESSEUR J. PEROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR T. BOUGEROL

6. ANNEXES

ANNEXE 1 = COURRIER ADRESSE AUX MEDECINS

Amélie Boismain
Médecin généraliste remplaçante
91 rue Abbé Grégoire , 38000 Grenoble
amelie-boismain@netcourrier.com 06/67/06/06/11

et Marie Gaudin
Interne en médecine générale, dernier semestre
3 rue Gabriel Didier, 38130 Echirolles
gaudin-marie@laposte.net 06/30/29/77/17

Objet : proposition pour participer à une thèse de médecine générale.

Bonjour Dr ……,

Nous nous permettons de vous contacter dans le cadre de notre projet de thèse. Nous travaillons sur le sujet des violences conjugales, et notre sujet de thèse porte sur la vision qu'en ont les médecins généralistes et les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Notre directrice de thèse est le Dr Anne Gervasoni, médecin généraliste installée à Gières.

Peu de travaux existent sur ce sujet assez sensible il est vrai, et le travail que nous proposons est totalement original dans sa forme. Nous avons en effet choisi une méthode qualitative basée sur des entretiens personnels semi dirigés. Nous vous avons présélectionné sur des critères tels que votre age, votre sexe, votre lieu d'exercice, votre spécificité en vue d'obtenir un échantillon de médecins le plus large possible. Le fait que vous soyez un médecin …… exerçant …… nous intéresse.

Il s'agit donc d'un entretien individuel, qui peut avoir lieu à votre cabinet ou à tout autre endroit à votre convenance, et dont la durée estimée est d'environ 45 minutes – 1 heure. Cet entretien sera enregistré, pour permettre une analyse secondaire exhaustive, mais sera retranscrit de manière totalement anonyme.

Nous serions ravies si vous acceptiez de nous consacrer un peu de votre temps. N'hésitez pas à nous contacter pour convenir d'un rendez-vous ou simplement pour obtenir des renseignements complémentaires.

Veuillez agréer, …… , l'expression de nos salutations respectueuses.

Amélie Boismain et Marie Gaudin

ANNEXE 2 = GUIDE D'ENTRETIEN QUALITATIF

Les violences (conjugales) faites aux femmes ont été promues « Grande cause nationale » en 2010 ; année durant laquelle cette problématique des violences domestiques a bénéficié de nombreuses campagnes de sensibilisation à destination du grand public. Cependant les médecins généralistes n'ont pas été impliqués dans ces campagnes.
Qu'en est-il de leurs rôles auprès des femmes victimes de violences conjugales?
Notre travail s'intéresse à tous les types de violence (verbale, psychologique, physique, sexuelle, économiques) perpétrée au sein d'un couple ou entre ex-conjoints.

1. Question Sensibilisation

A votre avis, dans votre patientèle, quelle est l'importance des violences conjugales

- en terme de prévalence
- en terme de répercussions sur la santé des victimes ?
- (avez-vous été sensible aux campagnes de sensibilisation notamment en 2010?)
- (avez-vous remarqué une augmentation du nombre de femmes qui se sont confiées depuis la campagne d'information nationale de 2010 ? Avez-vous beaucoup de patientes qui consultent pour ce motif ?)

2. Question Représentation du rôle du médecin généraliste

Quelle est la place du médecin généraliste face à cette problématique des violences conjugales

- en termes de dépistage ?

(est-ce le rôle du médecin généraliste ? d'un autre professionnel de santé ? un problème non médical ?)
(mission de santé publique)

+ Questions sur le dépistage de l'homme auteur des violences

- en termes de prise en charge ?

(Ecouter, accompagner, Evaluer l'urgence, Rédiger le certificat, Adresser à des correspondants (associations, psychologues, avocats, police…), informer sur la loi, les conduites de protection (préparer et cacher les papiers officiels, dossier médical bien rempli, certificats), possibilité d'hébergement d'urgence…)

3. Question Savoir faire

Dans quelles circonstances abordez-vous le sujet des violences conjugales dans vos consultations ? (en dehors de la patiente qui consulte pour cette raison)

- devant quels tableaux cliniques/motifs de consultation ?
- avec un type de patiente estimée « plus à risque » ?
- à quelle fréquence ? en systématique ?
- à quel moment de la consultation ?
- de quelle manière ? (question assez générale (comment ca se passe à la maison/avec votre mari ?, question en lien avec el symptôme ? question directe (subissez-vous des violences ?))

4. Question Freins

A contrario qu'est-ce qui peut constituer un frein, un obstacle au dépistage des violences conjugales lors d'une consultation ?

- difficulté à gérer la consultation elle-même (manque de temps ? comment aborder le sujet ? patiente non française ? patiente accompagnée ?)
- difficulté à gérer l'émotionnel (fatigue ? sentiment d'ingérence ? sujet tabou/ veto du subconscient ? frustration/travail fastidieux ?)
- mauvaise expérience antérieure (ça se retourne contre le médecin) ?
- difficulté dans la prise en charge à proposer derrière (pas de réseau/absence de structure vers laquelle orienter ?)
- patiente à fiabilité suspecte ?

+ Questions sur l'influence médecin homme/ médecin femme

5. Question Emotion

Vous souvenez-vous d'une situation de violence conjugale qui vous aurait marquée ? Quel a été votre ressenti à l'annonce d'une situation de violence puis lors de la prise en charge de cette patiente victime ?

- difficulté (surprise ? mise en difficulté ? humainement éprouvant ?)
- positif (satisfaction personnelle ? relation médecin/patiente modifiée ? amélioration de la prise en charge globale de la patiente ?
- vous souvenez-vous de la première fois où vous avez eu à prendre en charge ce problème ?
- êtes-vous plus à l'aise maintenant qu'au début de votre carrière ? (expérience « de terrain », formations complémentaires, ou toujours en difficulté malgré l'amélioration de vos connaissances)

6. Question Besoins

D'après vous qu'est-ce qui vous permettrait d'améliorer votre manière de dépister ?

- formations ? ciblées sur ?
- outils ? (consultation dédiée à la prévention ? onglet spécifique dans dossier médical ? développement d'un partenariat/réseau ?)
- échanger avec des pairs (groupe de paroles de professionnels/groupe de pairs) ?
- autre ? (psychothérapie personnelle…)

ANNEXE 3 = QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

Caractéristiques des participants

1. Vous êtes un homme ☐ une femme ☐

2. Vous avez entre 20-30 ans ☐
   30-40 ans ☐
   40-50 ans ☐
   50-60 ans ☐
   60-70 ans ☐

3. Depuis combien d'années exercez-vous ?

4. Vous exercez en milieu urbain ☐
   en milieu semi-rural/rural ☐

5. Vous recevez en consultations < 15 patients/j ☐
   15-25p/j ☐
   25-30p/j ☐
   > 30p/j ☐

6. Dans quelle ville avez-vous suivi vos études/votre internat ?

7. Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur le sujet des violences faites aux femmes ?
   Si oui : en quelle année ? Par quel organisme ?

ANNEXE 4 = LETTRE D'INFORMATIONS ENVOYEE AUX PARTICIPANTS APRES L'ENTRETIEN

LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Les violences conjugales sont un problème majeur de santé publique, mais paradoxalement, cela ne fait que deux décennies que les pouvoirs publics s'y intéressent et que la société prend conscience de l'ampleur du phénomène.

Selon l'ONU, les violences faites aux femmes incluent « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques ; y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou la vie privée ».

La violence conjugale s'inscrit dans un fonctionnement d'emprise sur l'autre. Il en résulte pour ces femmes victimes une « impuissance apprise », marquant la diminution de leurs capacités à répondre au conjoint violent, de leurs capacités à évaluer leur situation, et enfin de leurs capacités à croire qu'elles puissent se sortir de la situation de violence.

Plusieurs études réalisées ces dernières années ont permis de chiffrer l'ampleur du phénomène : 10% des femmes interrogées déclarent avoir été victimes de violences lors des 12 derniers mois, 30 à 65% déclarent avoir subi des violences dans leur vie. Les violences psychologiques sont les plus fréquentes, les différents types de violence sont souvent combinés. La violence conjugale est présente dans tous les milieux sociaux et elle est le plus souvent cachée.

Les conséquences sur la santé des victimes sont nombreuses, variées, et non spécifiques. Cela explique que le repérage de ces patientes soit difficile.

Les études récentes ont également révélé que le dépistage systématique est faisable, et que l'acceptabilité des patientes est bonne, qu'elles soient ou non victimes. La plupart des victimes déclarent être soulagées de pouvoir en parler, et auraient aimé que leur généraliste leur pose la question plus tôt. Il est donc important pour tout médecin généraliste de pratiquer ce dépistage.

LE DEPISTAGE EN PRATIQUE :

Les questions peuvent être orientées par le motif de consultation.

Ex : « Beaucoup de femmes ont des troubles du sommeil dus à des relations difficiles avec leur conjoint ; est-ce votre cas ? »

« Vos symptômes peuvent être liés à des tensions. Vivez-vous de tensions dans votre couple ? Votre mari a-t-il un comportement qui vous affecte ? »

Les questions peuvent entrer dans une démarche de dépistage systématique.

Ex : « Dans ma pratique je vois beaucoup de femmes maltraitées et je m'intéresse de plus en plus à ce sujet, je questionne maintenant systématiquement les patientes. Avez-vous subi des pressions, des violences dans votre relation avec votre partenaire ? »

Il existe des questionnaires validés, comme le WAST, dont la version abrégée comporte deux questions :

« En général, comment décririez-vous votre relation de couple… très tendue, quelque peu tendue, aucune tension? »
« Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec…beaucoup de difficulté, une certaine difficulté, aucune difficulté? »

Si les réponses sont positives, il est complété (réponses par « souvent », « quelquefois » ou « jamais ») :

« Vos disputes vous amènent-elles à vous déprécier ou vous bouleversent-elles ? »
« Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups, de la bousculade ? »
« Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ? »
« Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ? »
« Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous émotivement ? »

Les questions peuvent être directes.

Ex : « Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous été poussée, frappée ?

ACCOMPAGNER ET ORIENTER LA PATIENTE

Une fois dans la confidence le médecin a un devoir de protection.

Il peut avoir recours à la rédaction du certificat médical de coups et blessures. Il peut être amené à faire un signalement auprès du procureur (par écrit et par téléphone). Dans l'urgence la patiente peut être hospitalisée sous X pour protection.

En dehors de l'urgence, la prise en charge des patientes victimes de violence est un travail difficile, de longue haleine, qui se fait nécessairement en réseau pour le bien de la patiente comme du médecin.

Le médecin généraliste oriente la patiente vers les structures spécialisées qui peuvent gérer la suite de la prise en charge.

En Isère, nous citerons :

- **Solidarité Femmes :** http://www.solidaritefemmes.asso.fr/

Immeuble Le Trident - Bât D 34, avenue de l'Europe 38100 Grenoble
Téléphone : 04 76 40 50 10 Email : solidarite.femmes.gre@wanadoo.fr

- **Milena** : association d'aide aux femmes victimes de violences

10 av Constantine 38100 GRENOBLE

Téléphone : 04 76 29 10 21 http://www.violences-femmes-grenoble.fr/

- **CIDFF DE L'ISERE, centre national d'information sur le droit des femmes et des familles** :

9, rue Raoul Blanchard 38000 GRENOBLE
Téléphone : 04 76 54 08 19 Email : cidf38@wanadoo.fr

- **AIV Grenoble Isère 38, Aide Information aux Victimes**

8, rue Sergent Bobillot
38000 Grenoble
Téléphone : 0476462737 Email: aiv.grenoble@wanadoo.fr

- **Association Passible :** prise en charge des hommes violents

4 rue Abbé de la Salle, 38000 Grenoble

Maison de Justice et du Droit 25 av Constantine 38100 GRENOBLE

Téléphone : **06 89 27 92 10** Email : asso.passible@gmail.com

- **Planning Familial 38 :**

Siège départemental : 30 bd Gambetta 38000 Grenoble

Téléphone : 04 76 87 94 61

Plusieurs antennes en région Grenobloise, à Voiron, Bourgoin Jallieu, à Villefontaine, à Crolles

- Numéro d'appel national : 3919
- www.stop-violences-femmes.gouv.fr.
- www.sivic.org (site internet de l'Institut de l'Humanitaire)
- http://www.sosfemmes.com

ANNEXE 5 = SITUATIONS A RISQUES

RAPPORT HENRION 2001 : Situations identifiées comme plus à risques de violences conjugales :

- les femmes ayant subi des sévices dans leur enfance (risques x 4),
- le jeune âge de la femme (18-34 ans),
- la grossesse est une période de vulnérabilité (40% des violences débutent ou s'aggravent en période de grossesse),
- un couple instable, en cours de séparation ou de divorce
- un alcoolisme ou une toxicomanie chez le conjoint,
- un conjoint connu pour être violent, aimant commander, intimider,
- un conjoint sans emploi, ou encore un état de précarité du ménage.

RAPPORT ONDRP 2012 :

- Le jeune âge (18-44 ans)
- La précarité (violences plus fréquentes et il est plus difficile de s'en sortir)
- Le milieu urbain

ANNEXE 6 = SYMPTOMES EVOCATEURS, devant lesquels le dépistage des violences conjugales est préconisé : [4]

Chez la femme:

Traumatismes: Trauma dentaire. Tous traumas à la tête et au cou (même avec une explication apparemment bonne). Fractures, contusions, ecchymoses, hématomes, plaies.

Douleurs chroniques: Abdominales, dorsales, pelviennes, gynécologiques. Maux de tête, engourdissement des membres et des épaules.

Désordres somatiques: Exacerbation des symptômes d'une maladie chronique telle que diabète, asthme, problèmes coronariens.

Symptômes psychologiques: Dépression, symptômes d'anxiété et idées suicidaires, désordres alimentaires, abus de substances (alcool, tabac, médicaments ou drogues), symptômes de SSPT (Syndrome de Stress Post-Traumatique).

Autres: Non compliance aux prescriptions médicales, retard dans le traitement, propos contradictoires lors des visites, visites répétées.

Chez la femme enceinte:

Visites répétées et manquées

Faible prise de poids chez la mère

Infections urinaires

Traumatismes physiques (surtout au ventre)

Décollement prématuré

Ruptures des membranes

Travail et accouchement avant terme

Retard de croissance intra-utérine (RCIU)

Mort in utéro

ANNEXE 7 = QUESTIONNAIRES DE DEPISTAGE

HITS[15] :

1- Hurt :Est ce que parfois votre conjoint vous frappe ?
2- Insult : Est ce que parfois votre conjoint vous insulte ou parle mal de vous ?
3- Threaten : Est ce que parfois votre partenaire vous menace avec une arme blanche ?
4- Scream : Est ce que parfois votre conjoint crie ou profère des paroles insultantes à votre égard ?

WAST [15]:

1- En général , comment pourriez-vous décrire votre vie conjugale :beaucoup de tension , quelques tensions, pas de tension.
2- Lorsque vous n'êtes pas d'accord sur un sujet, est ce que vous et votre conjoint vous en discutez avec une grande difficuté, quelques difficultés, aucune difficulté ?
3- Est-ce-que au terme de la discussion, vous vous sentez rabaissée?
4- Est-ce-que la discussion finit parfois par des coups, des coups de pieds, ou le fait d'être poussée?
5- Vous sentez vous parfois effrayée par ce que votre partenaire dit ou fait ?
6- Est-ce-que votre partenaire vous a parfois agressé physiquement?
7- Est-ce-que votre partenaire vous a parfois agressé psychologiquement?
8- Est-ce-que votre partenaire vous a parfois agressé sexuellement?

ANNEXE 8 = EXEMPLE DE CERTIFICAT MEDICAL DE COUPS ET BLESSURES

Je soussigné (e) :..... (NOM, prénom)....., docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour (heure, jour, mois, année).....,
à sa demande, Madame, Mademoiselle :..... (NOM, prénom),
née le : ..... (jour, mois, année),
domiciliée à : ..... (adresse précise).
Elle déclare avoir été victime de (description de l'agression)
.....
..... le (heure, jour, mois, année).....
à..... (lieu) par (inconnu ou personne connue).....
Madame, Mademoiselle..... présente les signes suivants :
– à l'examen général :.....
(préciser le comportement, prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme, état dépressif.....)
– à l'examen somatique :.....
(donner la description précise de toute lésion observée, traces d'ecchymoses, érosions cutanées, traces de griffures, morsures, strangulation, tuméfactions, brûlures....., indiquer le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien ou récent, les éléments de gravité.....)
– examens pratiqués : prélèvements, radiographies.....

En conclusion, Madame, Mademoiselle..... présente (ou non) des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'elle dit avoir subie (L'absence de lésions ne permet pas de conclure à l'absence d'agression).

L'incapacité totale de travail (ITT) pourrait être de..... jours sous réserve de complications. Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une incapacité permanente partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.
Certificat fait ce jour et remis en mains propres à l'intéressée pour valoir ce que de droit.

Signature du médecin

ANNEXE 9 = RETRANSCRIPTIONS

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P1

Q - Pour commencer, une première question un peu générale : à ton avis, dans ta patientèle, quelle est l'importance des violences conjugales ?

1 - Alors je pense qu'elle est importante comme au niveau national. On a fait… donc moi je travaille au centre de santé, à l'AGECSA, place des Géants à Villeneuve, et on a déjà fait au sein des centres de santé, une étude, justement, où on interrogeait au hasard les femmes, enfin non, on n'interrogeait pas au hasard justement, mais toutes les femmes de plus de 18 ans qui parlaient bien le français, donc qui pouvaient bien nous comprendre, qui étaient seules, qui venaient toutes seules en consultation et qui acceptaient ou pas de répondre à 3 questions : « avez-vous déjà subi des violences physiques, des violences verbales et des violences sexuelles ? ». Et en fait je me suis aperçue que, voilà, il y avait beaucoup de …, - on a fait ça pendant 3 jours, systématiquement à toutes les femmes -, qu'il y avait beaucoup de femmes qui étaient victimes de violences conjugales. Alors, je ne me rappelle plus les chiffres de la population nationale, mais on nous avait fait passer des articles, et voilà c'est quand même…, et je me suis aperçue que si on ne posait pas la question, en fait, on ne pouvait pas en avoir connaissance puisqu'il est très rare qu'une femme, d'elle-même, d'autant plus si c'est du passé ou des choses comme ça, puisse l'exprimer.

Q - Est-ce que tu as remarqué, depuis 2010 justement, une augmentation du nombre de femmes qui se seraient confiées là-dessus ?

2 - Alors je pense que ça serait plus lié à ma pratique personnelle où justement je me suis sensibilisée sur cette problématique depuis un peu avant 2010 et où maintenant ça fait quand même assez partie de mon interrogatoire systématique, notamment quand j'ai des nouveaux patients, des nouvelles patientes, à savoir est-ce qu'elle a déjà été ou est-ce qu'elle est victime de violences. J'essaie de l'introduire comme quand on pose les questions pour les antécédents cardiaques ou… Après, voilà, je pense que c'est facile sur des nouveaux patients. Sur les anciens, parce que du coup moi je travaille depuis à peu près 3 ans dans un cabinet, depuis 2 ans et demi, où donc j'ai récupéré une patientèle, ben c'est moins évident de revenir là-dessus, parce que lors des premiers contacts ça peut être facile quand on refait les antécédents. Mais je pense que c'est important de requestionner les antécédents en général, et du coup d'y glisser cette question. Après, il faut être bien préparé sur ce qu'on va dire derrière.

Q - Et du coup, à quel moment de la consultation tu abordes le sujet, comment tu t'y prends concrètement ? Tu poses la question directement ?

3 - Ben, alors, soit… tout dépend du contexte : si c'est du questionnement systématique, parce que moi je suis vraiment convaincue que si la personne, elle n'a pas envie de répondre au moment où on pose la question, elle ne répondra pas. Par contre, elle sait que le médecin traitant est ouvert à ce questionnement et est prêt à entendre surtout, parce qu'en fait c'est ça qui est important : que la patiente sache qu'à un moment dans son parcours, elle va pouvoir être entendue par rapport à ça. Alors, si c'est un peu de manière systématique, comme je le disais, c'est pendant les antécédents, généralement avant de parler…, oui voilà c'est ça : en général c'est juste avant de parler des antécédents

familiaux, dans mon questionnaire des antécédents médicaux, chirurgicaux, etc, les toxiques, les vaccins, et je dis : « Est-ce que vous avez déjà subi des violences ? » Alors y en a certaines qui disent : « Ben non jamais », d'autres qui disent : « Qu'est-ce que vous entendez là par « violence » ? » Donc j'explique un peu puis elles disent oui ou non. Et effectivement, y en a qui vont du coup directement parler de ça. Après ca peut être compliqué parce que quand c'est une nouvelle patiente, du coup te dire : ben tiens, dès le premier jour, fffuh, ohlala…

Je sais que j'ai eu, je me rappelle une patiente qui depuis n'est jamais revenue ! Alors je ne sais pas si du coup ça a été trop. Ca m'a questionnée par rapport à ça, est-ce que c'était trop de poser la question tout de suite ou pas ? Et puis voilà, après j'enchaîne sur les antécédents familiaux, en essayant bien de ne pas changer mon ton de voix, de ne pas…euh, pour qu'il n'y ait pas ce genre de ségrégation. Après si c'est un contexte où je présuppose qu'il doit y avoir violence conjugale, je vais attendre que la consultation commence et qu'il y ait déjà un lien de confiance qui se crée au sein de la consultation, et après je vais poser la question ouvertement : « Est-ce qu'on ne vous a pas frappée ? » « Je vous sens stressée, qu'est-ce qui se passe ? » « Vous avez un bleu sur la figure… ». Enfin voilà.

Q - Justement tu disais avoir plus de mal avec les patients suivis depuis longtemps ou anciens patients, dans ces cas-là, qu'est-ce qui te fait poser la question ? Quelles sont les situations, les motifs de consultation ou le type de patientes pour lesquelles tu vas plus suspecter ?

4 - Bon alors, c'est difficile, parce que je me suis rendu compte, avec l'étude qu'on a faite au sein des centres de santé, qu'il y avait plein de patients, de femmes en fait, qu'il n'y avait pas de type de femme qui était, avait eu des violences conjugales, présentes ou passées. Y en a qui s'en sont sorties et qui disent : « oui, voilà… » . Et quand je dis violences conjugales, je dis même, en fait, c'est pas que conjugales, victimes de viol, même épisodique sur une personne rencontrée. Je vais avoir la puce à l'oreille déjà quand elles viennent et qu'effectivement elles ont des traces de coups : ça c'est sûr que je vais poser la question. Quand il y a, je pense, des petites plaintes somatiques itératives qui viennent, notamment gynécos, moi je fais beaucoup de gynéco au cabinet, avec des mycoses à répétition, avec des choses où… je vais poser la question en tirant sur le côté sexo : « Comment ça se passe ? Est-ce que quand vous avez des rapports vous n'avez pas des problèmes de lubrification ? » Pour parler du désir, du plaisir, et du coup pour essayer de voir, amener ça doucement pour dire : « Est-ce que vous en avez envie ? Comment ça se passe ? » Voilà, je peux prendre par ce biais-là.

Après, parfois, quand il y a des problèmes avec les enfants, que je vois très nerveux, très agités, parce qu'on est médecin de famille donc on connaît en général toute la famille… Voilà, je pense qu'il y a plusieurs… ouais, sur des états un peu dépressifs, j'interroge un peu les histoires de couple… Après, je sais que je passe à côté, j'en suis sûre…, que je passe à côté de pas mal de choses comme ça, où c'est difficile, même si on essaie de poser la question : « Est-ce que vous avez des soucis en ce moment ? » Ca c'est souvent une question que je pose, sur des, je sais pas, des troubles fonctionnels digestifs répétés, qui s'enkystent un peu, qui viennent consulter plusieurs fois là-dessus même si on explique que c'est pas grave etc. Mais c'est pas toujours évident. Je pense, peut être que je ne pose pas la question assez ouvertement, je ne sais pas.

Q - Concrètement, sur une période d'un mois, par exemple, combien de nouvelles patientes tu vas découvrir, qui vont se confier ? Est-ce que tu as déjà estimé un petit peu, dans ta pratique habituelle ?

5 - De nouvelles nouvelles ? euh… Dans mon activité que de médecin généraliste, hein ? Pas dans mon activité… parce que moi je travaille au planning et au centre d'IVG… Une, au moins une par mois. Parce que c'est beaucoup plus facile, comme on le disait, sur le questionnement, que ce soit au centre d'IVG ou au planning, de poser la question systématiquement aux femmes qui de toute façon ne nous reverront que très peu, d'autant plus que 23% des IVG sont en lien avec une violence conjugale. Du coup, pour moi, c'est d'autant plus important de poser la question dans ces consultations-là, mais du coup ça sort un peu du cadre médecine générale classique, mais du coup, je dirais, ouais, bien au moins une par mois, ouais. Et des femmes que je suis qui ont… oui tu m'as déjà posé la question dans ma patientèle… j'en ai pas mal quand même, que je suis pour des grossesses, dans des contextes difficiles par exemple.

Q - Quelle est l'importance, en termes de répercussions sur la santé des patientes ?

6 - Alors déjà je pense qu'il y a un problème de recours aux soins. Je pense qu'il y a les deux opposés : il y a la difficulté du recours au soin parce qu'on est tellement dans ses problèmes au quotidien, que faire la démarche pour s'en sortir c'est difficile, avec une précarisation, soit par honte, d'aller dire, voilà… Soit il y a une surconsommation de soins, mais sans vouloir forcément attaquer le problème directement. Après, c'est surtout des troubles psychiques, je pense, qui peuvent avoir des conséquences… Là, je pense à une patiente, là dernièrement, qui du coup, a des conséquences sur elle et sur d'autres membres de sa famille par exemple, sur ses enfants notamment, parce que souvent ça peut… ça peut avoir des conséquences déjà parce que les enfants peuvent être témoins de cette violence, être victimes eux-mêmes, et puis du coup, par répercussion parfois les mères peuvent, enfin certaines femmes peuvent être un peu agressives envers leur enfant, enfin c'est compliqué quoi, je trouve, sans les culpabiliser, elles font ce qu'elles peuvent, les pauvres.

Q - Pour toi quelle est la place du médecin généraliste face à ce problème des violences conjugales ?

7 - Alors, pour nous, on a vraiment un devoir de les dépister et d'aider ces femmes à les prendre en charge, parce que… je pense qu'il y a un grand isolement de toutes ces femmes qui ne savent pas forcément vers qui s'adresser, vers qui se retourner, comment faire pour se sortir de cette situation, des femmes isolées…Bon alors, moi j'ai, je sais que ça arrive à toutes les catégories sociales, il n'y a pas de… autant les gens d'origine bourgeoise… C'est vrai que moi j'ai le biais, je travaille dans un quartier assez précaire, et où, dans ce contexte-là j'ai aussi des femmes qui parlent peu français, qui arrivent de l'étranger, ne parlent pas très bien français et sont encore plus isolées dans cette violence-là, et du coup les seules personnes qu'elles peuvent voir en dehors de la famille sont finalement leur médecin traitant. C'est encore plus compliqué, je trouve, dans ces situations-là, parce qu'elles ne parlent pas bien le français et qu'on ne peut pas faire la traduction avec un tiers justement. Mais oui, je pense qu'on a le rôle de les dépister et de pouvoir les aiguiller. Bien sûr, un : c'est pas nous qui allons les sortir de leur situation, on n'est pas des assistantes sociales, on n'est pas un lieu de logement, etc ; et deuxièmement, je pense qu'il y a peut-être des médecins qui… je pense que moi, j'aborde le problème de la violence conjugale, même si ça va peut-être paraître choquant, peut-être comme l'alcoolisme, c'est-à-dire que parfois les femmes elles vont venir dix fois, elles vont même partir du domicile conjugale, on va faire des certificats de coups et blessures, etc. Elles vont partir, puis elles vont

revenir. Et c'est vrai que ça peut avoir un côté un peu désespérant au niveau du temps que ça va mettre à prendre, et de l'énergie qu'on peut mettre là-dedans, parfois ça peut prendre dix ans. Voilà, c'est le problème qui est au long cours en fait. Il peut y avoir des rechutes, c'est pour ça que je dis que c'est un peu comme l'alcoolisme. Je trouve que, moi quand je prends en charge des femmes qui sont victimes de violences, je sais que, un jour elles vont arriver, ça va être l'urgence, il va falloir partir, et que peut-être, eh bien ça ne va pas marcher, et que peut-être on va mettre en jeu... Effectivement, on va appeler, on va remuer ciel et terre pour que ça se fasse, et peut-être, nous, on va être déçu parce que la personne elle va…, finalement elle ne va pas partir, ou elle va partir pendant… C'est pas facile de se retrouver en centre d'accueil municipal, avec ses gosses, pendant une semaine. Enfin je ne sais pas si vous connaissez le centre d'accueil municipal, mais c'est vraiment, moi j'y ai fait des interventions avec le planning, c'est la galère, quoi ! Et que je comprends que ces femmes elles puissent craquer et dire : « Non, mais en fait ici c'est pire, il y a du bruit, ça pue », enfin j'en sais rien mais voilà, et qu'elles retournent à la maison. Et que du coup, ça va être…, si elles ont des gens-ressources, c'est déjà plus simple, mais si elles n'ont personne de ressource… Et donc il ne faut pas qu'on se désespère : comme les alcooliques, ils vont se sevrer, puis ils vont rechuter et puis finalement peut-être ils vont mettre 15 ans à sortir de leur… , et tout d'un coup, pareil, venir dans l'urgence en disant : « Il me faut absolument une cure ». Bon après, c'est ma petite métaphore quand j'en parle avec mes collègues pour dire que, ben voilà, faut pas désespérer, je crois (petit rire).

Q - Et du coup, en termes de prise en charge pratique, le rôle du médecin, jusqu'où il doit aller ? Dans la prise en charge de ces patientes ?

7 bis - Je pense qu'il a un double rôle : il a un rôle de relais, de relais auprès des associations qui sont spécialisées dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Ici, il y a autant le planning, que Milena, que Solidarité Femme, l'AIV, et donc va faire relais vers la psychologue, le lieu où on peut leur donner des conseils juridiques, le lieu où on peut leur donner…, parce que souvent il y a des enfants qui sont impliqués et c'est ça qui est difficile, et souvent ce sont des femmes qui sont sans travail parce que c'est toujours le même schéma au niveau psychologique, petit à petit, l'homme violent crée, enfin, rend la femme dépendante avant de passer à l'acte violent directement. Du coup, c'est souvent des femmes qui sont isolées autant, j'allais dire, socialement que financièrement. Donc oui, on fait relais, on les motive. La dernière personne que j'ai prise en charge, qui s'était disputée avec son conjoint, son conjoint l'avait agressée, elle s'était retrouvée avec une plaie à l'arcade, vraiment très importante, assez défigurante, la pauvre, et elle était avec sa petite fille, et cette petite fille aussi avait reçu un petit bout de verre. C'est vrai que, ben voilà, je l'ai adressée vers les différentes structures. Puis elle revenait, alors je lui disais « on se revoit » et du coup on se revoyait parce que, …c'est important, c'est vrai qu'en plus quand on connaît les gens vers lesquels on adresse les femmes, ça les rassure. Moi je sais que, ben voilà, je suis intéressée par la problématique, j'ai suivi des formations sur les violences conjugales. Et voilà, lui dire : « Vous allez voir, vous allez dans telle structure, ils sont très gentils ». Si on connaît le prénom, c'est encore mieux, d'une des personnes. Voilà, je pense que… c'est le réseau qu'on tisse en tant que médecin généraliste, qui est important.

Q - Je vais revenir un petit peu sur ce que tu disais tout à l'heure, sur le fait que ce soit une prise en charge longue avec des rechutes, des choses comme ça…Ca, est-ce que, d'après toi, ça peut constituer un frein, une difficulté pour le médecin, un découragement ?

8 - Oui, je pense que, oui, oui ça doit pouvoir être une sorte de découragement… Je pense qu'il y a certains de mes collègues, qui déjà ne sont pas formés…enfin moi c'est souvent ce que je dis aux jeunes que j'encadre, aux externes, etc, à l'hôpital, quand je dis : ben tu vois, moi je pose toujours cette question-là, je leur dis : mais il faut être outillé. On ne peut pas poser cette question et ne pas savoir quoi en faire. Enfin, c'est-à-dire, il faut avoir… voilà, c'est comme faire des tests du SIDA et puis s'il est positif ne pas savoir quoi répondre, en étant paniqué, ou dire, si la personne dit oui, ben qu'est-ce qui va vous arriver par la suite, qu'est-ce qu'on va pouvoir proposer. On a l'habitude d'avoir, surtout en tant que médecin, d'avoir une solution à tout (petit rire), on est omniscient, omnipotent, je ne sais pas comment dire… Et du coup, il faudrait être outillé pour savoir… Du coup je pense que ça c'est un premier frein, c'est le manque de formation en général, et puis… Oui ça prend du temps, effectivement, ce sont des consultations qui prennent du temps. Et puis, pas tout le monde ne connait, ne prend le temps, ne connaît les réseaux. Moi, je me suis rendu compte de vers qui adresser les femmes. Je dis ça parce que on a eu, moi je fais partie d'un groupe de pairs, et il y a, c'était pas moi justement, c'était une de mes collègues qui a parlé d'une consultation où elle s'est retrouvée embêtée, et je me suis rendu compte, on est dix d'âges différents, de sexes différents, etc, et que il y a plein de mes confrères qui ne connaissaient pas forcément les réseaux, qui étaient très embêtés, ils disent : « Ah ben dans ces cas-là j'appelle l'assistante sociale et je l'envoie à l'assistante sociale ». Et c'est vrai que ça peut être tout à fait une solution, enfin, pourquoi pas, effectivement, c'est aussi le travail des assistantes sociales, et qu'on n'est pas assistants sociaux, mais si on peut éviter une marche, et aller rendre directement, je pense que, pour une femme, c'est… Avant d'avoir une réponse directe, déjà elle a pris sur elle, elle en a parlé à son médecin traitant, elle en a parlé à quelqu'un, d'ailleurs souvent elles n'en parlent pas forcément aux médecins, je pense qu'elles en parlent aux assistantes sociales. A mon avis il doit y avoir un truc comme ça, où elles ne disent pas les choses aux mêmes personnes. Et du coup, elles ont fait l'effort d'en parler à quelqu'un et il faut les adresser. Oui, je pense que voilà, les freins c'est ça principalement : le temps, le « pas savoir quoi en faire de ce truc-là ». Jusqu'à y a pas très longtemps, c'était du ressort de l'intime encore, c'était considéré comme des affaires de famille, je pense.

Q - Au niveau plutôt émotionnel, est-ce que c'est difficile ?

9 - Oui, oui, c'est effectivement, c'est des choses qui sont difficiles mais je ne pense pas que ça soit quelque chose qui soit plus difficile que, je ne sais pas, des annonces de cancer. Je pense que dans notre métier, on a à gérer des émotions fortes, et que c'est des choses qui nous touchent telle que l'annonce d'une maladie pour un enfant, ou pour un parent. De toute façon, c'est des choses qui émotionnellement sont déjà fortes, après c'est encore autre chose effectivement, d'écouter le récit de quelqu'un qui s'est fait violenter surtout quand le… Je pense que la difficulté réside, mais je n'avais pas pointé ça du doigt, quand on connaît l'auteur des violences. C'est-à-dire c'est là où c'est encore plus difficile, quand on est médecin de famille et qu'on a un des deux qui vienne nous en parler, alors qu'on est aussi médecin traitant de l'autre. Et qu'il faut bien repréciser aux femmes pour qu'elles ne se sentent pas en danger, le côté, la facette « secret médical ». Mais moi je suis persuadée qu'il faut soigner les hommes (petit rire) si on veut que la violence conjugale s'arrête, et j'ai, dans ma patientèle, un homme violent. Je ne suis pas sa compagne, que j'ai déjà vue, parce que c'est ma consoeur, mais du coup dans des moments d'urgence elle est déjà venue me voir, et donc c'est… voilà, je sais que, je me dis : c'est l'étape d'après, une fois que je serai plus à l'aise avec les violences conjugales côté femmes, il faudra plus aussi dépister le côté homme, parce que sinon on ne s'en sortira pas.

Q - Dans ta pratique, est-ce que tu as en mémoire une situation qui t'a particulièrement marquée, et est-ce que tu peux m'en parler un peu, et du côté un peu ce que tu as ressenti, qu'est-ce que tu en as tiré, des côtés négatifs, des côtés positifs ?

10 - … Alors là, je pense à une situation extrême : c'est une petite jeune, qui a été la première jeune femme qui a été reçue par le réseau des mariages forcés au planning, qui donc venait de Montpellier, partie de chez elle parce que ses parents voulaient la marier de force, qui s'en est assez bien sortie, mais ça a été toujours difficile. Parce qu'on n'a pas parlé de ça, mais ça c'est aussi quelque chose, pareil, il faut développer l'information sur ces réseaux qui existent etc. Bon, après ça dépend des patientèles, mais voilà. Elle a reconstruit sa vie, un peu, toujours isolée, c'est toujours compliqué l'histoire des mariages forcés, parce que c'est aussi ces parents qu'on aime qui nous font violence, alors c'est toute l'ambiguïté par rapport à ça, l'incompréhension. Puis elle a reconstruit sa vie, et là elle s'est retrouvée avec un homme, avec lequel elle s'est mariée religieusement mais pas civilement, et qui est violent avec elle, et actuellement elle est enceinte, je fais son suivi de grossesse, et pareil, elle a toute cette ambiguïté par rapport à cet homme-là, et sa volonté de liberté. C'est à la fois, donc cet homme-là, avec qui elle a mis ses distances, parce qu'elle dit que s'il vient, parce qu'il n'habite pas à Grenoble, il veut parfois, s'il vient habiter avec elle, il veut la voiler, lui donner des ordres, etc. Elle, elle ne veut pas, elle refuse. Cette grossesse lui a aussi permis de se rapprocher de sa famille. Alors, voilà, c'est pour moi toute l'ambiguïté qu'il y a par rapport à l'attachement, le désespoir un peu de l'histoire qui se répète. Malheureusement c'est vrai, je l'ai vu, j'ai plusieurs patientes, parfois la chose se répète. Elle a commencé jeune et elle revient, et peut-être que c'est aussi ça le côté désespérant que peuvent recevoir certains médecins généralistes… Et que, oui, en fait je pourrais en raconter plein des histoires, je m'en rends compte, sur les violences conjugales (rire). Mais c'est des… là, en tout cas, cette jeune femme, elle n'a pas accouché encore, je suis en train de suivre sa grossesse, j'ai mis la PMI (*protection maternelle et infantile*) sur le coup, tout ça, il faut vraiment bien l'entourer pour vérifier que, ben l'attachement se passe bien avec son enfant, que… Ca va être compliqué, je pense.

Q - Dans ta pratique est-ce que tu as remarqué des impacts positifs du fait d'avoir mis le doigt sur ce genre de violences…

11 - Oui

Q - … sur des patientes éventuellement que tu connaissais déjà depuis un moment ? Le fait de enfin arriver à mettre un doigt là-dessus a changé quelque chose ?

11 bis - Oui. Y en a qui s'en sortent, qui partent, qui refont leur vie, qui réussissent à… alors ce qu'il y a, c'est que le chemin est un lourd combat. C'est bien, comme je te disais tout à l'heure, soit effectivement on a de la chance d'avoir un entourage qui finalement est compréhensif et du coup c'est bien plus facile. Mais là, oui, oui, je pense à la jeune femme dont je te parlais tout à l'heure, qui avait une grosse blessure à la tête et sa petite aussi, elle est allée de l'avant, elle s'en sort. Maintenant elle a pu se séparer, là je pense que c'est bientôt, ça va bientôt passer devant le juge, enfin voilà, elle a pu mettre des limites, ne plus voir son conjoint, que leur fille ne soit vue que dans un endroit entouré, comme ça elle, elle peut ne pas rencontrer cet homme violent, elle dépose juste sa fille puis elle s'en va et elle revient la chercher, un truc genre la Passerelle. Voilà donc, oui, il y a des femmes qui s'en sortent, qui veulent…, qui prennent leur vie en main, donc ça c'est positif. Mais je pense que je suis dans ma période d'installation où… je les dépiste un peu et où elles ne sont pas toutes encore sorties du merdier quoi, et qu'il faudra un peu de temps.

Q - Pour rester un peu dans ce sujet, est-ce que tu te rappelles la première patiente qui s'est confiée à toi ?

12 - Ouais, j'étais interne. Première patiente de toute ma carrière ? Oui, oui je me rappelle, j'étais interne, je faisais mon UPL je pense, à Voiron. C'était une toute jeune femme, et ma maître de stage n'était pas là, je crois. Et du coup, j'étais bien embarrassée, je m'en rends compte maintenant, depuis le chemin un peu que j'ai parcouru, j'étais bien embarrassée parce que je me disais : qu'est-ce que… ? C'était… ouais… j'avais, enfin, c'est pour ça que je dis que je me suis outillée, etc. En fait c'est marrant, parce que je te dis ça, mais finalement, cette histoire-là, c'est une histoire de viol, alors je me rends compte que peut-être je mélange un peu violence conjugale et viol. Alors, violence conjugale, violence conjugale vraiment… là non, parce que là, la jeune dont je parle c'était un viol qu'elle avait eu plus jeune, alors ça n'a rien à voir… Enfin, ça n'a rien à voir : si, c'est lié, mais du coup c'est vrai que ça sort un peu du cadre. Donc vraiment la première violence conjugale… Je pense que c'était, euh… Ah si, oui ! Je me souviens très bien : c'est mon premier remplacement long, une jeune femme qui est venue me voir, complètement stressée par son futur mariage, en me demandant : « Mais comment ça va se passer ? Les relations sexuelles, etc ? » En étant vraiment très stressée. En fait, j'ai appris après que ça a été un mariage forcé et qu'elle s'est fait violer par son mari en bonne et due forme, et c'était une jeune femme de Mistral qui s'en sortait bien, c'est-à-dire, elle avait fait des études supérieures, elle était partie en Angleterre. Enfin voilà, c'était pas une « mistralienne » qui avait galéré. Et donc, je l'avais revue plusieurs mois après, et elle était partie. Elle m'avait raconté tout ça. Elle avait fini par réussir à s'en sortir, à divorcer, etc. Ouais, ouais, ça c'est ma… Et je me suis dit : tiens, je n'ai pas posé la question sur ce mariage, alors qu'elle est venue plusieurs fois me voir en me parlant de ces appréhensions-là, et je ne me suis… A l'époque, je pense, j'étais plus naïve, je ne me suis même pas posé la question si ce mariage était voulu. Je ne lui ai pas posé la question ! Du coup, elle ne m'en a pas parlé, je ne lui ai pas laissé l'ouverture en fait. Alors qu'elle, plusieurs fois elle est venue me voir sur cette angoisse-là, et je pense que c'était l'angoisse de ne pas connaître son mari, de ne pas avoir envie de se marier, et du coup, comment ça allait se passer, et je ne l'ai… ouais, voilà.

Q - Du coup, c'est un peu le fait de t'être sentie naïve, comme tu disais, qui t'a poussée à te former mieux sur le sujet, à te sensibiliser ?

13 - Ouais, ouais, je pense. Ben déjà parce que je trouve ça scandaleux le nombre de femmes qui sont victimes de violences conjugales, et que je pense qu'il faut, comme je te disais, qu'on a un rôle, à mon avis, central.

Q - Tu fais régulièrement des formations ? Tu as toujours besoin d'apprendre encore des choses ?

14 - Oui, oui, moi je continue, oui, je continue à faire des formations. J'ai fait une grosse formation de 3 jours organisée par le planning familial à ce propos, il y a 3 ans peut-être, je ne me rappelle plus, 2009 ça devait être. 2008 ? 2009 ? 2009. Ben là, il y a une formation, cette semaine, à la préfecture. Et puis, je fais partie, au centre de santé, - mais on ne s'est pas rencontré, parce que je n'étais pas là, je m'étais trompée de date -, des gens qui font une réflexion sur les violences conjugales au sein de l'AGECSA, et on est en train de créer une formation, pour les médecins de l'AGECSA. Je sais que, voilà, je pense que c'est aussi avec le planning, on avait déjà rencontré… C'est ça aussi, c'est-à-dire que, j'ai déjà rencontré une des inspectrices, responsable de la brigade des enfants, qui est très portée sur le sujet, et je sais que quand j'ai vraiment un souci, quelqu'un qui a une grosse violence

conjugale, ou qui a été…, je sais que je peux l'appeler. On a son numéro, au travail. Et du coup, ça aussi, c'est quelque chose qui est rassurant, parce que si on a vraiment… pour la femme… Donc oui, oui ça fait longtemps que je m'intéresse en fait à cette problématique. Et on se posait la question aussi d'être éventuellement, dans les différents centres de planif ou dans les différents…, plus peut-être dans les centres de planification, un accueil-relais, pour faire les certificats, par exemple de coups et blessures pour ces femmes ne veulent pas aller voir leur médecin traitant. Mais bon, ça, ce sera un projet à développer à terme, là c'est encore un peu trop tôt.

Q - Donc je vois que tu es bien impliquée, bien formée, tout ça. Est-ce que, malgré tout, il reste des fois des situations où tu es mise en difficulté ?

15 - Moi, je dirais que ce que j'ai à faire encore en progrès (rire), c'est mieux les dépister parce que je pense que je me fais encore bananer, enfin entre guillemets, je n'y pense pas et je suis encore surprise… Penser aux hommes, je pense, aussi. Comme je disais je pense qu'il faut prendre en compte les deux. Et après, oui c'est des situations qui sont…, qui sont difficiles, mais on peut, c'est comme pour une prise en charge en général en médecine, enfin, comme quand on prend en charge une personne dépressive ou comme je disais alcoolique, etc. Ben des fois, on se sent plus à l'aise, des fois on se sent moins. Et que oui, c'est des consultations qui sont chargées d'émotion et qu'on sait, et c'est peut-être là aussi où il y a les freins, avec les médecins : c'est des consultations qui sont longues ! On ne peut pas en parler en un quart d'heure, c'est pas possible ! C'est pas possible. Enfin, on ne va pas dire : « Bon ben très bien, on va en rester là ! » (rire). Surtout, c'est le genre de truc qu'elles disent en fin de consultation, c'est le truc du pas de la porte.

Q - J'ai une question un peu plus précise : est-ce que ça t'est arrivé de te sentir en difficulté par rapport à des patientes dont tu pourrais douter du témoignage ? Parce que situation de divorce, de garde d'enfants, de choses comme ça ? Est-ce que ça t'est déjà arrivé ? Et comment tu as réagi ?

16 - Euh…Non, je crois que ça ne m'est pas encore arrivé. Mais c'est vrai que c'est une situation qui est difficile. Ah si, c'est arrivé au cabinet, là, récemment. Parce qu'on a des patients au centre de santé, des fois ils sont un peu vus par tout le monde, et… ben pour l'instant : alors ce n'est pas à moi directement, c'est à ma collègue, mais du coup, c'est une dame qui a des problèmes psychiatriques, qui des fois est à la limite du délire, et qui accuse du coup son mari. Et on connaît tous également son mari et on est assez… C'est une situation qui est très difficile parce que des fois, elle a des délires un peu de persécution, un peu parano. On voit très bien comment elle se comporte, vis-à-vis de nous, vis-à-vis des secrétaires, vis-à-vis d'autres gens. Et c'est vrai qu'elle accuse son mari, et que son mari, on le voit en consultation, et lui il ne tient pas du tout ce discours-là, ce qui est normal, mais en même temps… C'est très délicat. C'est-à-dire que lui, il est très préoccupé pour sa femme, avec ses problèmes psychiatriques, et en même temps, les gens qui ont des problèmes psychiatriques sont plus fragiles aussi, par rapport à ça. Du coup, ben, on est tous assez embêtés. Alors faire un certificat de coups et blessures, si on constate les coups… De toute façon, voilà, on peut toujours faire un certificat entre guillemets « un peu vide » : je soussigné… qu'elle déclare… Je constate à mon examen : ben rien du tout. Enfin, je veux dire, c'est malheureux, mais voilà, je pense que c'est aussi très délicat de refuser un certificat de coups et blessures, moi je trouve. Ouais, donc ça, ça fait souci. Et après, l'autre difficulté, je dirais peut être, c'est quand la femme est dans le déni, en fait. Elle vient, elle a un cocard, on lui en parle, elle dit « non, non ». Bon. Peut-être qu'au fond elle finira par dire oui, mais c'est pas toujours évident, ça.

Q - Pour conclure un petit peu sur cet entretien, à ton avis, qu'est-ce qui permettrait, à toi, et aux médecins généralistes en général, d'améliorer leur capacité à dépister ces patientes ? Qu'est-ce qui manque ?

17 - Moi je pense, déjà : le questionnement systématique il faut que ça rentre dans les moeurs, ça je pense. Comme on parle du tabac, maintenant de l'alcool, ça a été longtemps tabou « il ne faut pas poser la question sur l'alcool », le haschisch, etc. Je pense qu'il faut que ça fasse partie du questionnement systématique, et que quand ça rentrera dans le questionnement systématique, eh ben, déjà on arrivera à mieux… Il faut que, en fait, il faut qu'il y ait plus de formation et puis il faut qu'il y ait aussi, je dirais, malheureusement ce n'est pas par les médecins généralistes que la société va changer ! Enfin, je vois comment ça se passe au Québec où c'est une des causes nationales, qui mobilise vraiment tous les acteurs, autant les policiers, que les inspecteurs, que les gens des soins. C'est considéré vraiment comme une urgence, la prise en charge des violences conjugales, ils soignent les hommes, etc. Et du coup, c'est aussi une évolution globale de la société qui va aller de pair… Nous, on est une petite brique là-dedans. Du coup, si, d'une manière générale, la société prend cette conscience-là, eh bien les médecins… On est moteur là-dedans, mais on n'est pas les seuls. Je pense.

Q - Tu penses qu'il faudrait développer les outils, les réseaux ?

18 - Ah oui, fondamentalement. Je pense qu'on ne peut pas travailler seul en fait. Bon après, moi je ne suis pas une médecin qui travaille seule dans mon cabinet, mais je pense qu'il y en a, même s'ils travaillent seuls, ils peuvent, enfin des réseaux de soins y en a plein : les réseaux de soins palliatifs, de cancéro, d'alcool. Il faut qu'il y ait des réseaux de soins qui se développent mieux et que les associations soient plus connues. Et c'est au niveau loco-local en fait, il faut qu'il y ait des formations qui ne soient pas faites, on ne va pas à un congrès à Paris, voilà ça, ça ne marche pas. Il faut que ce soit vraiment une formation locale, je suis persuadée, comme fait, à l'initiative de la préfecture, mais je pense que c'est, ça peut être compliqué pour des médecins généralistes de se libérer, là, de 14 à 16h un mercredi après-midi, fermer son cabinet un mercredi, faut trouver la remplaçante. C'est plus des formations de soirée à faire, en tout cas envers les médecins, je pense.

Q - Au niveau juridique, la justice, toi, avec ton regard de médecin, tu trouves que les choses sont faciles pour les femmes, une fois qu'elles lancent une procédure ? Est-ce que tu as des retours là-dessus ? Est-ce que la justice réagit rapidement pour mettre les femmes à l'abri ?

19 - Non, ça c'est long, quand même. Après, c'est tout compliqué : c'est-à-dire que si elles partent, elles laissent tout et leurs enfants, c'est abandon du domicile conjugal, donc elles peuvent perdre la garde de leurs enfants. Du coup, il faut qu'elles prennent leurs enfants avec elles, c'est souvent des femmes qui ont des enfants, du coup c'est ça qui est compliqué, donc ça, ça s'anticipe en général, dans les foyers, mais il faut qu'il y ait de la place. Et puis s'il y a un ordre du juge comme quoi le mari doit quitter le domicile conjugal, ça ne fait pas très longtemps que ça c'est possible, ben ça, c'est très long. Et du coup, c'est compliqué aussi, l'injonction de quitter le domicile, pour qu'elle soit mise en place. Oui, la justice en France est longue, mais ça on le sait et c'est pour tous les problèmes, et celui-là pas plus qu'un autre. Même moi qui vais pas mal à des instances pour les enfants, puisqu'on parle des violences conjugales, forcément il y a le pendant, je trouve que même ça c'est long, la décision, on place, on ne place pas, on met un éducateur. La décision, l'instance a lieu en juin, l'éducateur il arrive en novembre… Par manque de

moyens, hein ! Et du coup, pfff, c'est vrai que je pense que c'est un peu long, ouais. Du coup, c'est pour ça qu'elles rentrent chez elles, je pense, parfois.

Q - Qu'est-ce que tu penses du principe de la consultation dédiée aux violences conjugales ? Que ce soit dans le cadre de l'hôpital par exemple, au sein du service de médecin légale, ou justement au planning, ou des choses comme ça ? Une consultation qui serait vraiment axée là-dessus.

20 - Ah ce serait peut-être…ça pourrait… Je pense que ça ne pourrait pas être toutes les patientes qui viendraient là-bas parce qu'il faut qu'elles connaissent, c'est toujours la problématique de la consultation, où aller, vers qui se tourner ? Mais… oui, ça pourrait être une… Je pense qu'il y aura du monde (rire), comme il peut y avoir des consultations d'addicto par exemple, ou de tabaco. Pourquoi pas faire des consultations, ouais, violences conjugales, où il y ait à la fois l'assistante sociale, la psychologue, les gens qui rencontrent… Oui, ça peut être… Après, l'hôpital, ça fait peur, enfin, c'est un peu, des lieux qui peuvent parfois être compliqués sur les démarches, souvent des gens qui ont des… Du coup, c'est vrai que je crois beaucoup à la proximité en fait. Je pense que faire des consultations dans des lieux plus de proximité, et à la fois il faut que ce soit un lieu anonyme, parce qu'on ne va pas se rendre… enfin, euh…Ouais, je pense que, comme on n'aime pas forcément, les femmes elles ont honte, qu'on voie que moi je vais dans une consultation dédiée aux violences conjugales. Enfin voilà, ça se réfléchit. Mais je pense que c'est une bonne idée. Et ça permettrait je pense, à beaucoup de médecins d'avoir ce relais-là aussi, en disant : « Ben voilà, écoutez… »

Q - Un relais bien identifié…

20 bis - Oui, voilà. C'est sûr qu'ils ont plus l'habitude d'envoyer à l'hôpital, et du coup pourquoi pas ? Mais déjà, s'ils connaissaient ce qui existe, comme les centres de planification par exemple, où ils peuvent adresser les femmes. Voilà.

Q - Pour conclure un petit peu, tu as fait tes études où ?

21 - A Grenoble.

Q - Est-ce que dans ta formation initiale, tu avais entendu parler de ce problème-là ?

22 - Non. Je ne crois pas, non. Non. Moi, la première formation que j'ai faite, j'ai fait un DU Santé-Solidarité-Précarité, où j'ai eu une formation sur cela, du coup c'est pendant mon internat que j'ai fait ça, où il y a eu une session particulière aux violences conjugales, où il y a la psychologue de l'AIV qui est venue nous en parler, où on a eu vraiment un cours là-dessus. Et c'est vraiment ça qui a été le socle de ma formation sur les violences conjugales, je pense. Sinon, je n'en avais pas entendu parler, enfin je ne sais pas, peut-être que j'ai des mauvais souvenirs, mais je pense qu'on n'est pas bien…

Q - Je suis d'accord (rire)

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P2

Q - Donc pour commencer, une question un peu générale : à votre avis, dans votre patientèle, quelle est l'importance des violences conjugales ?

1 - Eh ben j'en sais rien ! (rire) Justement, depuis un petit moment je me disais, je me posais la question. Parce que je me dis, vu les statistiques officielles, j'ai forcément des femmes soumises à des violences dans ma clientèle, et je n'arrive pas à mettre de nom sur ça, sur ces personnes.

Q - Vous avez du mal à les identifier ?

2 -Ouais. Donc, je dirais j'en ai zéro, mais c'est pas possible, j'en ai sûrement que je ne connais pas en fait. C'est plutôt ça.

Q - Il n'y en a pas qui se sont présentées à vous comme ça ?

3 -Récemment … ? Des fois, en garde j'ai pu faire des certificats de coups et blessures, mais ça remonte à vieux et dans les gens que je suis régulièrement, je n'ai pas, dans l'immédiat, je n'ai pas de nom qui me traverse la tête à me dire « Ah ben oui, tiens, cette femme-là, elle est soumise à des violences »

Q -D'accord. Et à combien vous estimez le pourcentage potentiel, est-ce que vous avez une idée ?

4 -Ah oui, c'est vrai que j'ai entendu des chiffres quand il y avait… Je crois que c'est énorme, c'est de l'ordre d'une femme sur dix, quelque chose comme ça, donc. Après je me dis qu'il y en a forcément, mais qui le cachent.

Q -Oui, c'est bien le problème.

4 bis - (rire) Surtout dans ma clientèle. Je me souviens une fois j'ai eu une femme qui avait une perforation du tympan et je n'y ai pas pensé. Après j'ai su que c'était parce qu'elle avait reçu une gifle de son mari, mais je n'y aurais jamais jamais pensé, ça ne m'avait pas effleurée.

Q - Et en termes de conséquence sur la santé des victimes ? A votre avis, jusqu'où ça va en terme d'importance ?

5 - C'est large : ça peut être blessures, ça peut être dépression…

Q - A votre avis, quel est le rôle du médecin généraliste ?

6 - Ben ça devrait être…là, c'est très théorique, parce que je ne le fais pas, mais ça devrait être d'aider la femme à faire part de ces violences. Du reste, je dis « femmes », mais il y a aussi des hommes. Spontanément on pense à la femme, mais…

Q - Est-ce que vous arrivez à identifier pourquoi vous ne le faites pas ?

7 - Ben je pense qu'il y a le fait que souvent je suis la famille entière, donc ça, ça doit être un frein pour que la femme s'exprime. Tiens, je recommence à dire « femme ». Souvent je les connais depuis longtemps aussi, est-ce que c'est un frein, est-ce que c'est une aide ? Je ne sais pas. Probablement plutôt un frein parce que… Je vous disais que des fois, lors de gardes, les gens se confient plus facilement à nous sur ce type de problème parce que c'est

une relation ponctuelle. On ne connaît pas leur entourage, donc c'est plus facile pour eux je pense.

Q - D'accord. Et vous dites que le fait de suivre les patients depuis longtemps c'est un frein. Un frein pour les patientes à se confier ou un frein pour vous à éventuellement poser la question ?

7 bis - Ben c'est compliqué, parce que moi je n'ai pas l'impression intellectuellement d'avoir un frein à poser la question, mais en pratique je ne le fais pas, c'est bien qu'il y a un frein quelque part. Puis on dit la question, quelle question ? Je ne vais pas demander à une femme : « Vous êtes battue ? » Des fois, je demande, quand une femme vient, - je continue à dire « femme », je crois qu'on va rester sur le terme « femme » même si on sait que des fois c'est des hommes -, mais quand une femme vient pour se plaindre de difficultés dans son couple par exemple, ça m'arrive de dire : « Est-ce que il y a des relations violentes entre vous ? » et très souvent j'ai une réponse : « Non, non, on n'en est pas là quand même, Docteur. » Mais j'ai quand même posé la question, mais… oui je pense que ça fait très longtemps que je n'ai pas eu une femme qui m'a répondu « oui » quand j'ai posé cette question. Alors qu'il y en a forcément. Il y en a qui vont me parler de choses anciennes, qui vont me parler de coups entre leurs parents ou de blessures, de coups quand elles étaient enfants, mais de coups aujourd'hui par leur mari, leur conjoint ou autre, c'est rare. C'est rare sauf en garde, je reviens là-dessus.

Q - Mais en garde ce sont des femmes qui viennent pour ça en général ?

8 - Pour ça, adressée, ou après être allée à la gendarmerie. Ca, ça arrive par contre. Des femmes que je connais bien, qui me parlent de difficultés dans leur couple qui ne soient pas que des difficultés relationnelles et qui utilisent le terme « violence », qui reconnaissent le mot « violence », il y en a très peu.

Q - Je voulais revenir sur, vous me disiez que ça vous arrive quand même de poser la question quand il y a des conflits, des choses comme ça, à quelle fréquence ça vous arrive de poser cette question ?

9 - C'est pratiquement toujours dans un contexte de dépression. C'est vrai que j'ai quand même un certain nombre, ouais je pense, peut être un peu plus que la moyenne des médecins généralistes, de gens qui sont en souffrance psychologique, mais… peut être que je pose la question… en chiffres je ne sais pas, je ne peux pas… C'est pas très souvent quand même.

Q - C'est surtout, du coup, les symptômes plutôt psychologiques quand même qui vont vous amener à poser la question ?

10 - Ouais.

Q - Est-ce qu'il y a d'autres contextes, d'autres motifs de consultation qui vont vous inciter à poser la question ?

11 - Ben c'est sûr que les motifs de traumatismes, je pourrais y penser. Une femme qui arrive avec un œil au beurre noir, ou une trace sur la main, une trace sur le cou, là j'y penserais, je pense. Et je pense aussi qu'elles le cacheront bien et qu'elles ne viendront pas forcément me voir quand elles auront des traces de coups.

Q - Et quand vous posez la question, c'est à quel moment dans la consultation en fait ? Est-ce qu'il y a un moment privilégié dans la consultation où vous allez aborder ce sujet-là ?

12 – Ben, c'est sûrement pas en introduction. C'est sûrement au bout d'un moment de discussion, et je pense que si ça sort c'est parfois même une fois que la femme est en train de partir, c'est le coup de la consultation du bouton de porte : « En fait docteur j'ai oublié de vous dire que… ». Mais vraiment, je n'ai pas assez d'exemple précis en tête pour vous le dire. Et ça me questionne de me dire « mais pourquoi j'ai si peu d'exemples », c'est pas normal. Je veux bien que je sois dans un endroit sympathique où il y a peu de HLM et plutôt des gens huppés, c'est pas pour autant…, on sait bien qu'il y en a dans tous les milieux, des violences.

Q - Exactement, c'est bien vrai. Du coup, vous ne vous êtes jamais dit : je vais essayer le questionnement systématique, à toutes mes patientes ?

13 - Non. Un tout petit peu en en parlant avec Amélie, mais je ne l'ai pas fait, non. Ca me semble difficile, de toute manière.

Q- En quoi ce serait difficile ?

13 bis - Ben je trouve déjà que pour l'alcool c'est déjà difficile, alors pour les violences !

Q - Ca vous paraît plus difficile encore ?

13 ter - Oui, oui, oui. Enfin si, moi des fois je, enfin c'est pas en systématique, non. Comme je vois déjà que la question quand elle me semble bien amenée, dans un contexte cohérent, j'ai pratiquement jamais de réponse positive, la faire de manière systématique ça me semble encore plus…, plus difficile et…

Q - Et vous n'y voyez pas d'intérêt particulier ?

14 - Ben… Faudrait peut-être que… Déjà que je sache quelle question poser, comment l'aborder et à quel moment effectivement. C'est vrai que c'est pour ça que j'avais accepté de faire partie de cette étude, parce que ça me pose question, effectivement.

Q - Vous avez l'impression de manquer d'outils ?

15 - Oui. Probablement de manquer d'ouverture d'esprit à ce problème, et de manquer d'outils, oui.

Q - Et pour vous, vous m'avez dit tout à l'heure, le rôle du médecin c'est d'aider les femmes à en parler, est-ce que ça s'arrête là, ou est-ce que après il y a …?

16 - Ben non, après il n'y a pas de limites. Après il y a un rôle de protection aussi, de l'aider à mettre de la distance par rapport à son compagnon violent, cela me semble indispensable. Donc après, bon, c'est plus moi je pense…, moi je peux faire un dépistage, pointer le problème, après c'est des problématiques souvent trop compliquées pour n'être gérées que par une personne. Après, il faut se faire aider par un réseau, par une assistante sociale, par des associations.

Q - Est-ce que vous avez, si jamais demain il y avait une patiente qui se confiait à vous, est-ce que vous êtes à l'aise pour la conseiller, justement, l'orienter ? Est-ce que vous avez un réseau ?

17 - Ben c'est vrai que même là, moi je travaille en consultation au planning familial, donc je pense que je les appellerais en leur expliquant que j'ai tel problème et je parlerais avec un des conseillers conjugaux et je leur demanderais des adresses. Mais spontanément, je n'ai pas d'adresse en tête. Je n'ai pas tellement de relation, par exemple, avec l'assistante sociale de mon secteur, ce qui est dommage. Je pense que ça pourrait être une aide aussi. C'est possible que je conseille à la femme d'aller dans sa mairie et demander à rencontrer l'assistante sociale du secteur, mais moi personnellement je ne la connais pas.

Q - Mais vous pensez que ça pourrait être un bon recours pour l'orienter ?

17 bis - Oui, normalement c'est quand même leur boulot.

Q - D'accord. Donc si on essaie de revenir un petit peu sur ce qui peut constituer un frein à poser la question, finalement, qu'est-ce que vous retenez… ?

18 - Ben le principal frein, c'est d'y penser. L'exemple de la femme qui avait une perforation du tympan, elle était venue parce qu'elle avait mal à l'oreille. Moi je ne trouvais rien à l'examen du tympan, et ça ne m'a pas effleurée l'idée que ça pouvait être un traumatisme.

Q - Donc ce serait d'avoir déjà plus d'idée sur les liens qu'il pourrait y avoir avec les symptômes pour y penser. Et qu'est-ce qu'il y aurait d'autre qui ferait que, même si, je ne sais pas, même si l'idée vous venait, qu'est-ce qui vous empêcherait de poser la question ?

19 - Je pense que des fois, il y a le contexte. C'est vrai que ces femmes, elles peuvent venir accompagnée d'enfants, par exemple. Tout le temps. Des fois ça me pose question, j'insiste auprès de certaines femmes en disant : ben attendez non, on ne peut pas parler comme il faut aujourd'hui avec votre petite, essayez de revenir le jour où elle est à l'école, le jour où elle est à la crèche. Et ça je pense que c'est une manière, pour certaines, de se protéger, d'éviter qu'on rentre dans l'intimité lors de la consultation, et comme ça elles viennent pour un détail et on ne peut pas aller plus loin. Ca, ça arrive assez souvent.

Q - Et vous en avez beaucoup des femmes qui viennent avec leur mari, carrément ?

20 - Non, pas trop.

Q - Est-ce que vous pensez que le fait de poser la question, si jamais on trouve une réponse positive, ça peut rendre la consultation elle-même compliquée ?

21 - Ben ça c'est sûr ! (rire) Ca c'est chaque fois le problème. Moi j'ai des consultations toutes les 20 minutes, des fois, on sait qu'il y a la question, si on la pose, eh bien on va prendre du retard. Bon ben ça.

Q - Et ça des fois ça arrive que ça puisse vous bloquer pour poser cette question-là ? Ou vous prenez quand même le temps ?

21 bis - Peut-être, mais j'ai l'impression de le prendre quand même.

Des fois, ça ne vient même pas que d'une histoire de temps, c'est soi-même, on n'est pas disponible, on est fatigué, on n'a pas envie d'écouter, et on fait exprès de ne pas poser les questions qui vont lever un lièvre qu'on ne veut pas aborder. Ça c'est vrai. On ne peut pas être toujours disponible. Voilà, il y a des fois où on est prêt à entendre certaines choses, d'autres fois où on n'est pas prêt et on fait exprès, justement, on se protège et on n'ouvre pas les portes à ce qu'on n'a pas envie d'entendre.

Q - D'accord. C'est intéressant comme notion. Pour vous protéger du côté excès de temps et aussi émotionnel finalement.

22 - Ouais. On ne peut pas tout absorber tout le temps. Il y a des moments où on est prêt à le faire et d'autres non. Il suffit qu'on se soit disputée soi-même avec son compagnon le matin, et on ne sera pas forcément prête à écouter de la même manière que si on a bien dormi, qu'on est reposé.

Q - Tout à fait. Est-ce que justement, le côté émotionnel peut jouer comme un frein ou au contraire comme une motivation ? Dans votre expérience passée, est-ce que vous avez une situation particulière qui vous aurait marquée de violences conjugales ? Et est-ce que vous pouvez me dire un peu, comment vous vous êtes sentie ? Quels ont été les difficultés, les points positifs ?

23 - Ben non, parce que, comme je vous le disais, ça fait tellement longtemps que je n'ai pas eu d'exemple en tête, que je n'ai pas d'exemple en tête de violence conjugale, que ça ne m'est pas possible de répondre à cette question.

Q - Même un exemple ancien ? Quelque chose qui vous aurait marquée spécialement ?

23 bis - Non.

Q - Et vous vous souvenez de la première fois où vous avez pris en charge une femme victime ?

24 - Ben c'est sûrement en garde pour faire une déclaration de coups et blessures. Ca, c'est vraiment le plus classique. Mais c'est vrai que là, dans ce cas-là, il y a peu d'émotionnel parce que c'est des gens qu'on ne connaît pas.

Q - Donc, c'est plus facile pour le médecin ?

24 bis - C'est plus facile, oui. Mais c'est vrai que volontairement, d'une certaine manière, je les ai éliminés de notre entretien ces cas-là, parce que… parce qu'ils sont cadrés. C'est des gens qui viennent pour, qui souvent sont passés par la gendarmerie d'abord, les gendarmes ont dit à la femme : « Il faut que vous alliez faire constater votre bleu », donc là il y a moins de, il y a moins d'émotionnel.

Q - C'est important quand même justement, le rôle du médecin généraliste de faire le certificat ?

25 - Bien sûr. Oui.

Q - Est-ce que c'est quelque chose de compliqué pour vous de faire un certificat ?

26 - Non, non.

Q - On va poursuivre un petit peu. Du coup, si on reprend un petit peu ce que vous me dites, vous êtes quand même en difficulté par rapport au fait de poser cette question. C'est quelque chose qui vous intéresse, mais finalement vous n'arrivez pas à le mettre en pratique de manière très répétée, on va dire. A votre avis, qu'est-ce qui pourrait vous aider pour être plus efficace dans le dépistage, on va dire ça comme ça ?

27 - Ben déjà la discussion qu'on a là, maintenant, tout de suite, qui je pense va m'ouvrir un peu les yeux (rire).

Q - Plus de formation ?

28 - D'y réfléchir, voilà ouais. Une formation, oui pourquoi pas ? C'est vrai que…

Q - Est-ce que vous avez déjà suivi des formations sur ce sujet ?

28 bis - Sur ce sujet, non pas du tout. Je ne sais même pas s'il y en a. Je fais pas mal de formations, sur les deux jours, par MG Form, par les maîtres de stage tout ça. Je n'ai jamais, enfin je ne me souviens pas d'avoir vu une formation sur ce thème. Il y en a peut-être.

Q - Il y en a de temps en temps, mais pas très souvent. Donc, ça c'est quelque chose, si vous aviez vu, ça vous aurait intéressée ?

28 ter - Je pense. De là à aller passer deux jours là-dessus, non je ne pense pas, mais sur une soirée ou sur un… Pourquoi pas ? Ouais.

Q - D'accord. Et donc on parlait d'outils tout à l'heure, donc peut-être d'avoir un peu en main des outils, des questions, comment aborder le sujet…

29 - C'est vrai que j'y pense. Dans ma salle d'attente, j'ai depuis très longtemps, des petits tracts sur les violences aux femmes, enfin je ne sais même plus ce qu'il y a marqué sur les tracts (rire), en tout cas on voit la photo d'une femme ! Mais ça n'a jamais été le déclencheur d'une conversation en tout cas.

Q - Et donc, est-ce que, éventuellement, il y aurait une importance aussi d'être dans un réseau, est-ce que ça changerait d'être mise en contact avec des gens qui travaillent sur le sujet, est-ce que ça pourrait vous aider à… ?

30 – Ben, je ne sais pas, parce que je travaille avec le planning familial de Voiron, qui a eu toute une réflexion là-dessus, et ce n'est pas pour autant que dans mon exercice libéral ça a changé quelque chose. Simplement, je sais que si j'ai un problème, je m'adresserais à elles. Mais, il y a un peu une barrière dans ma tête je pense, entre ce que je fais au planning familial et ce que je fais en libéral.

Q - Ca veut dire qu'au planning vous poserez plus facilement la question ?

31 - Oui, ben de toute façon, il y a un filtre un petit peu des femmes, elles sont vues en général d'abord par la conseillère conjugale et après par moi. Donc, c'est même des fois carrément écrit dans le dossier, donc c'est pas pareil.

Q - Elles se confient plus là-bas ? Elles vont se confier plus spontanément au planning ?

32 - Oui, sûrement, oui. Mais c'est pas les mêmes. C'est quand même une population différente, les femmes qui vont au planning. Je pense que justement, elles y vont parce que c'est une écoute plus neutre, c'est pas leur médecin traitant qu'elles connaissent depuis cinq ou dix ans, qui connaît leur mari… Elles savent qu'elles peuvent aller là-bas rencontrer un conseiller conjugal, qu'elles ne reverront pas si elles n'ont pas envie de le revoir. Je pense vraiment quand même, plus j'en parle, que le fait de connaître la personne dans son milieu, c'est un frein pour l'expression, de ce problème- là.

Q - Et pour vous, le fait, par exemple, de suivre le mari, ça peut être un frein aussi ? Ou au contraire des fois…

33 - Je ne sais pas. Ben ça pourrait m'y faire penser, parce que c'est vrai qu'il y a quand même certains maris qu'on sent potentiellement violents. Ca pourrait être un petit déclic, faire dire : ben tiens, c'est vrai que j'ai vu sa femme il y a quelques jours, qui avait l'air bien triste, est-ce qu'il n'y a pas quelque chose ? Mais, là, je suis dans une discussion très théorique, et je n'ai pas de visage, de nom qui s'affiche en même temps que je vous parle. Si, je pense à un couple, là, comme ça, je me dis : tiens c'est vrai qu'eux par exemple, peut-être qu'il y a quelque chose de cet ordre-là, mais jamais… Je ne sais pas comment je pourrais, si j'ai besoin, enfin… Voilà, comment ?... Je n'ai même pas de… Enfin, je pense, il faut qu'il y ait une accroche. Le coup de la question systématique, je ne vois pas comment on peut la lancer. A mon avis, il faut qu'il y ait une souffrance exprimée, une tristesse, une insomnie, un hématome… Là on peut poser la question. Mais la poser comme ça de but en blanc… Bon, on peut dire : « Est-ce que ça va bien dans votre couple ? » Mais aller plus loin, ça me semble difficile.

Q - Ce n'est pas facile effectivement.

33 bis - Non. Prononcer le mot « violence », en tout cas pas de but en blanc.

Q - Vous ne vous sentiriez pas à l'aise de poser la question de manière systématique ?

34 - Non.

Q - Je comprends. Ce n'est effectivement pas facile.

34 bis - Je pourrais la poser de manière systématique au planning familial. Ca, sans problème. Dans le questionnaire, les antécédents, « Est-ce que vous avez déjà eu des relations violentes ? »… Ca passerait, mais dans les gens dont je connais les gamins et tout, je ne me sens pas.

Q - Ca veut dire que pour un nouveau patient, dans votre pratique libérale, la question pourrait aussi se poser ?

35 - Non, parce qu'il ne viendra pas dans le même cadre. Il ne viendra pas que pour la contraception, ou que parce que…

Q - Donc le lien avec la gynécologie finalement c'est plus facile ?

36 - Ouais, ouais.

Q - D'accord. Est-ce que ça vous arrive des fois d'en parler avec vos pairs, en groupe de pairs, des choses comme ça ?

37 - Non. Pourtant ça fait 10 ans que je suis en groupe de pairs, et je crois qu'on n'a jamais eu un cas de soulevé. C'est vrai, c'est intéressant, ça. Ouais, il faudrait que je pose la question, tiens.

Q - Faire un petit sondage au sein du groupe de pairs, pour voir un peu dans leur pratique, les autres qui sont un peu dans la même région, je suppose.

37 bis - Ben oui, oui, bien sûr, on est tous sur le voironnais.

Q - Bon on va un petit peu conclure, est-ce que vous avez quelque chose à rajouter par rapport à ce thème-là ?

38 - Non, ben vraiment, dès qu'Amélie m'a dit qu'elle faisait sa thèse là-dessus, je me suis dit : oh ben oui, ça c'est vraiment une bonne idée. En plus, elle m'avait parlé un petit peu de cette histoire de question systématique et tout ça, donc depuis un petit moment j'y réfléchissais et j'en suis arrivée à la conclusion de ce que je vous ai dit au début : il y a sûrement des cas de violence conjugale que j'ignore complètement. J'espère quand même que je ne vais pas avoir un jour une femme qui meurt sous les coups de son…, statistiquement ça pourrait m'arriver.

Q - Oui, parce qu'il y en a quand même un certain nombre.

38 bis - Un certain nombre, voilà.

Q - Et du coup, qu'est-ce que vous pensez que ça pourrait apporter de finalement arriver à mettre le doigt là-dessus ? Comme bénéfice pour la patiente ?

39 - Ben, une protection.

Q - Donc qu'elle quitte le mari ?

39 bis - Ben oui. Enfin je ne sais pas, mais déjà que le problème soit soulevé, c'est une manière de protéger.

Q - Et vous pensez que les femmes vont forcément, une fois qu'elles se sont confiées, quitter le mari ?

40 - Non, pas du tout, non justement (rire). C'est pas si simple ! Je crois. Mais c'est pour ça que je vous dis, je pense qu'après, ce n'est pas un problème qu'on peut gérer seul en cabinet de médecine générale. Je pense que là, vraiment, il y a besoin d'un réseau par derrière. On a surement un rôle important de dépistage, mais pas de gestion complète du problème. D'accompagnement, mais pas seul, quoi. Justement, ce n'est pas moi qui vais dire à une femme : « Quittez votre mari parce qu'il vous bat. » Non, non, on ne peut pas avoir un comportement si simpliste. Il y a toujours des enfants, des problèmes d'argent, il y a toujours des tas d'autres choses qui vont être mises en avant, plus tout le lien sentimental.

Q - Oui, tout à fait, c'est un bon résumé de la situation, le mot « complexe », effectivement. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré.

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P3

Q - Pour commencer, une question un peu générale : à votre avis, dans votre patientèle, quelle est l'importance des violences conjugales ?

1 - Alors, globalement, j'ai bien réfléchi avec votre thèse. En fait, je pense qu'on ne doit pas assez aborder le sujet, ou alors on est peut-être sur une zone finalement… mais bon, les violences, c'est partout. Mais… en fait, très peu. Très, très peu. Je dirais que, peut-être, ce qui a été relaté des différentes femmes que je connais, il y a peut-être, en gros, moins d'une dizaine de femmes, vraiment, qui tournent au cabinet, qui vraiment ont pu relater des violences. Mais pas tant que ça finalement, et pourtant ça fait déjà pas mal d'années que je suis installée. Alors peut-être que finalement, on ne pose pas assez la question, ou que finalement les femmes le… Nous, on n'est peut-être pas assez curieux, ou on ne va peut-être pas assez chercher, parce que c'est vrai que globalement on n'a pas tellement ça dans les entretiens, alors que, bon, globalement, on connaît les gens depuis longtemps, on prend le temps dans les consultations et on n'en a pas tant que ça finalement. Alors je ne sais pas à quoi ça tient. Sans doute, effectivement, comme tout, on ne va peut-être pas creuser, on ne va pas forcément le demander. Peut-être parce que, je ne sais pas…, on n'y pense pas, ou…, je ne sais pas. Pourtant on est impliqués. En garde et autre, on est amené à faire des certificats, mais finalement, au cabinet, pas tant que ça. Alors est-ce qu'elles ne viennent pas voir leur généraliste pour en parler ? Je ne sais pas. Ou alors c'est tabou, elles n'en parlent encore pas beaucoup. Mais nous, on n'est peut-être pas assez incisif pour aller les chercher. C'est sûrement ça.

Q - Est-ce que vous avez remarqué un effet de la campagne de 2010 ? Est-ce que vous avez eu plus de femmes qui se seraient confiées depuis ?

2 - Alors c'est vrai que, là, dans les deux dernières années, j'ai peut-être, dans mes patientes, j'en ai notamment une qui n'en avait jamais parlé, et qui en a parlé. Donc est-ce que ça vient de ça ? Peut-être. Elle a soixante ans, elle n'en avait jamais parlé. Bon, ceci dit, ça ne fait pas longtemps que j'ai repris le dossier, parce que je l'avais suivie il y a une dizaine d'années, un peu comme ça, quand elle était à Voiron. Après, elle était à Apprieu, elle avait changé de médecin traitant. Mais bon, elle a fini par se confier, là, donc, il n'y a pas longtemps, il y a peut-être 5 à 6 mois. Donc est-ce qu'il y a eu l'impact de 2010 ? Peut-être. Parce que bon, pourquoi tout d'un coup, elle en parle ? Et puis, donc, une autre, c'est vrai, elle en a un peu plus parlé à la consultation, mais c'est vrai que les gens savaient qu'il y avait des problèmes, avec un ex-conjoint en fait. Et c'est vrai qu'elle a toujours un peu ça dans la tête, elle en parle souvent. Et c'est vrai que là, elle en parle de plus en plus. Pourtant, elle est en couple avec une autre personne, mais on sent que ça lui pèse, quoi. Et elle a régulièrement besoin de reparler de ce qui s'était passé avec son ancien compagnon.

Q - A votre avis, en termes de répercussions sur la santé des patientes, qu'est-ce qu'on peut trouver ?

3 - Chez ces deux patientes, c'est vrai que, c'est des patientes qui ont un profil : elles sont très anxieuses, on ne les sent pas sûres d'elles. Il y a un peu ça, alors… Et puis elles ont des problèmes médicaux par ailleurs, mais qui ne sont pas forcément liés à ce qu'elles ont vécu dans leur couple. Mais c'est vrai qu'on se rend compte, oui, c'est des femmes qui ne sont pas à l'aise, quoi. Pas à l'aise avec leur corps, elles n'aiment pas leur corps, ça c'est vrai. Elles ne sont pas à l'aise avec leur corps, elles ont souvent d'ailleurs un surpoids. Les deux, trois que je connais… les quelques-unes, c'est vrai qu'elles sont toutes en surcharge pondérale. Alors est-ce qu'elles s'entourent, au niveau psychologique ? Je ne sais pas.

Peut-être dans votre thèse ça ressortira, mais c'est vrai qu'elles sont toutes en surpoids. Donc il y a ça, ça c'est vrai (rire). Et elles sont très mal à l'aise avec leur corps, ça, c'est sûr, et pas bien du tout dans leur peau. Et on sent qu'elles sont anxieuses. C'est un profil quand même de femmes pas à l'aise. Mais pas à l'aise depuis longtemps. Il y a effectivement l'histoire avec le compagnon, mais il y a l'histoire aussi… on a l'impression que déjà elles n'étaient pas forcément à l'aise non plus quand elles étaient jeunes, dans l'adolescence, avant qu'il n'y ait eu l'histoire avec le compagnon. On a l'impression qu'il y a quand même un profil comme ça, qui fait qu'elles sont peut-être plus sujettes, finalement, à avoir des compagnons avec lesquels ça se passe mal.

Q - C'est plutôt le profil de base de la patiente qui ferait qu'elle serait plus sujette aux violences, plutôt qu'une conséquence de violences ?

4 - Oui, tout à fait. On a l'impression qu'il y a plus un profil déjà, où finalement… Oui, une battante, ou autre, on n'a pas l'impression qu'elle pourrait avoir des violences à la maison. Ou alors, rapidement, je pense qu'elle y met fin. Plus facilement que les autres, elles sont dans leurs histoires et elles y restent plus longtemps.

Q - En termes de conséquences des violences sur la santé des victimes, qu'est-ce que vous imaginez ?

5 - Alors je dirais, les violences telles qu'elles sont… c'est peu…, c'est finalement, pas tellement des violences physiques, pour celles dont on parle, c'est vraiment des violences verbales. Elles sont rabaissées, elles sont insultées. Et en fait, finalement, elles finissent par avoir, voilà, des troubles anxieux, de mésestime, en fait, finalement ce qu'elles vivent au sein de leur couple, quoi. Plus des dégâts psychologiques, finalement, que vraiment physiques. Globalement, quand on est amené à faire des certificats de coups et blessures, c'est souvent des patientes qui ne sont pas du cabinet. Parce que des fois c'est dans l'urgence, ou bien alors elles viennent accompagnées de quelqu'un… mais c'est vraiment… finalement, c'est pas des patientes qu'on va suivre après. C'est peut-être pour ça d'ailleurs que les autres on ne les a pas, peut-être qu'elles vont voir d'autres confrères.

Q - Vous pensez que les femmes, au moment où elles vont décider d'en parler, finalement, c'est peut-être pas avec le médecin traitant que c'est le plus facile ?

6 - Oui, probablement, oui. Peut-être que c'est difficile, parce que, justement, on suit tout le monde. On suit leurs enfants, on suit leur conjoint aussi des fois. Peut-être que, y a peut-être ça.

Q - A votre avis, quelle est la place du médecin généraliste face au problème des violences conjugales ?

7 - Notre rôle, je pense qu'il doit être plus incisif. C'est-à-dire que, globalement, c'est une réalité : on a les statistiques et que ça a quand même fait partie d'une campagne. Ca veut dire que si on ne les a pas, c'est qu'on ne va pas les chercher. Donc globalement, notre rôle c'est peut-être d'être un peu plus incisif, d'autant plus qu'on peut l'être, puisque derrière il y a quand même des réponses. Ou des fois on n'ose pas aller sur un terrain, c'est que, finalement, on n'a pas forcément les réponses, et alors on ne s'aventure pas. Mais peut-être qu'il faut qu'on tienne compte que ça existe et finalement qu'on les recherche plus facilement, plus… même si la femme ne vient pas nous en parler, mais que, à l'occasion d'un symptôme, ou au niveau de l'entretien, si mésestime, tout ça, qu'on aille chercher un petit peu comment ça se passe dans le couple. Et notre rôle, il est là. C'est-à-dire, peut-être,

d'aller provoquer l'entretien qui fera qu'elles vont en parler. Peut-être pas à cette consultation-là, mais que finalement, elles vont trouver un moment, un jour, entre deux portes, pour venir nous dire : « Oui, vous m'en aviez parlé, et j'aimerais qu'on en parle. » Là, c'est là notre rôle, je pense. Et on ne le fait pas assez.

Q - Si on continue un peu dans cette idée, qu'est-ce qui va vous inciter à poser la question ? Vous me dites que probablement vous ne la posez pas assez, mais actuellement, dans quelles circonstances ou avec quelles patientes vous allez investiguer dans cette voie ?

8 - Alors, des patientes qui d'emblée se présentent avec des troubles du sommeil, des troubles anxieux. C'est-à-dire pas seulement parler de ce qui se passe au travail ou avec les enfants, mais aussi demander ce qui se passe à la maison. Disons, par les petites portes, c'est-à-dire par des petites portes… elles sont fatiguées, une asthénie chronique, ou des choses comme ça, qu'on n'arrive pas, finalement, à bien comprendre. Peut-être aller un peu titiller, petit à petit, comme ça, à chaque consultation, aller poser des questions pour, peut-être, tendre la perche. C'est-à-dire que, même si elles disent non à un moment donné, mais qu'elles se disent « Ben tiens, finalement, mon médecin, est prêt à l'entendre, c'est possible ». Parce que finalement, c'est une perche tendue. Cette perche, on ne la tend peut-être pas assez.

Q - Est-ce que pour vous, il y a des patientes ou des catégories de patientes plus à risques ?

9 - Alors, plus à risques, je pense que déjà c'est dans l'histoire de la patiente. Dans son histoire, vraiment de la petite enfance en fait, je pense que déjà, dans sa petite enfance, je pense qu'il doit y avoir des choses qui se répercutent. Déjà si dans l'interrogatoire…, il faut peut-être aller pousser. Si on ne parle pas vraiment du conjoint actuel, parce qu'elles ont peur d'en parler, ou qu'elles ne veulent pas forcément, peut-être « Comment ça s'est passé avec vos parents ? Vos parents, comment ça se passait ? » Déjà, je pense qu'il y a un profil à risques, quand déjà il y a eu dans la petite enfance un environnement déjà entaché de violence ou dans un contexte un peu particulier. Je pense que ça mène, finalement, à des personnalités qui peuvent se retrouver, finalement, à reproduire le même système. Donc là-dessus, je pense qu'il faut qu'on soit un peu plus… Chez ces patientes, ou alors chez les… ou alors des femmes qu'on aurait déjà vues… voire chez les enfants. Voir un petit peu ce qui se passe quand elles commencent à être adolescentes. Souvent, quand on les suit, finalement après on suit la deuxième génération. Peut-être là, être un peu plus vigilante sur ce qui se passe chez les filles, finalement, des autres.

Q - Finalement, actuellement, ça vous arrive souvent de poser quand même la question des violences ? Je ne sais pas, sur un mois, par exemple, vous estimez que…

10 - Non, je ne la pose pas assez, je ne la pose pas assez. Pourtant, je veux dire… Parce que, bon c'est vrai, que j'avais l'activité au centre de planification, où globalement, c'est vrai qu'on baigne, on peut avoir des demandes là-dedans. Et en fait, finalement, au cabinet non. Je ne sais pas. Je ne sais pas pourquoi on en parle moins. Finalement, on est pris dans autre chose, ils viennent pour d'autres symptômes. Finalement, on est pris dans notre côté très technique, ou alors d'investiguer, de ne pas louper autre chose. Et finalement, on en oublie complètement… je ne sais pas. Mais ceci dit, c'est sûr qu'on n'investigue pas assez, c'est certain.

Q - Est-ce que vous avez déjà entendu parler du dépistage systématique ?

11 - C'est-à-dire, sur une journée de consultation, poser la question à toutes les patientes ? Alors, ça serait une bonne piste, justement. Parce que, globalement, ça évite de se faire des… Ca serait une bonne piste, parce que, à chaque fois qu'on fait des audits de pratique, quel que soit le sujet d'ailleurs, que ce soit la vaccination, le patient coronarien, le diabétique, ou n'importe quoi, en fait, ça c'est bien à la mode dans le DPC (développement professionnel continu), justement, dans ce qu'on nous demande de faire ; globalement, on se rend compte qu'il y a des choses, on a l'impression qu'on les fait, et on a même l'impression qu'on ne les fait pas si mal, - j'avais participé à un truc sur la vaccination, ils m'avaient choisie dans le truc parce que justement ils s'étaient rendu compte que j'avais de bonnes stat' dans le truc - , et en fait, en prenant sur une journée de 20 consultations, c'est sûr que quand on va sur la case « vaccination », on se rend compte qu'il y a des loupés. Donc, dans ce cadre-là, où on a peut-être des réticences, ou c'est peut-être un sujet tabou, et surtout pour ne pas s'enfermer dans des schémas, parce qu'en fait, toute femme peut être sujette à des violences et peut-être qu'on a trop, finalement, de schémas ; globalement, oui, c'est vrai que, pourquoi pas ? Effectivement, peut-être faire une journée où, à toutes les femmes, quelles qu'elles soient, poser la question : « Comment ça se passe ? Alors, tout va bien ? Au travail ? A la maison ? Est-ce qu'il y a des problèmes à signaler ? ». Je veux dire : c'est assez simple en plus, de le mettre dans une consultation, quel que soit le symptôme. Ils viennent pour une angine, on peut bien leur dire : « Alors, en ce moment, comment ça se passe au travail ? Et en ce moment, comment ça se passe avec les enfants ? Et avec le conjoint, ça se passe toujours bien ? Est-ce qu'il y a des soucis ? ». Ca peut se faire. Et on serait surpris des résultats.

Q - Effectivement, parce qu'il y a eu des études qui montrent que, ben, justement, on retrouve les chiffres des statistiques, quand on fait ça. Peu importe l'endroit, j'allais dire.

12 - Et peu importe le type de violence. Parce que ça peut être des petites violences, je veux dire, ce n'est pas forcément… on ne tombe pas sur les gros problèmes. Mais je veux dire, les petites choses qui font que, au final, la femme, à chaque fois, elle est rabaissée ou alors..., où on se retrouve, finalement, avec, quand même, toujours un petit peu ce schéma patriarcal. On serait étonné, quand même, si on le faisait. Ca serait sans doute une piste, effectivement, de se dire : « Allez, tiens, je pose la question à mes patientes », comme on poserait d'autres questions. « Est-ce que vous avez fait la mammographie ? Est-ce que ça se passe bien à la maison ? » C'est simple, en plus, à dire ! On a le cadre pour le faire, en plus. Et on est sans doute le mieux placé pour le faire. Parce qu'on les connaît, qu'on sait pas mal de choses, finalement, sur leur vie. Mais n'empêche que c'est une question qu'on ne pose pas tellement, pas tant que ça. Ou on ne la répète peut-être pas assez, enfin voilà, par les petites portes. Peut-être qu'on devrait être plus incisifs.

Q - Est-ce que vous êtes à l'aise pour poser cette question ? Ou est-ce que vous vous demandez : « Comment je vais la poser ? Par quel biais je vais aborder le sujet » ?

13 - Alors, je dirais que toutes ces questions, qui ne sont pas faciles, parce que ça aborde, finalement, des choses très personnelles, on est nettement plus à l'aise quand, effectivement, on a le répondant derrière. Ou alors, parce que, voilà, on est boosté par quelque chose. Alors peut-être que votre thèse ça va me booster, parce qu'on y pense. A chaque fois que je vais à des FMC (formation médicale continue), l'asthme et autres, derrière je pose les questions, je fais les Peak Flow… Donc, en fait, c'est un peu ça, se dire : « Tiens, finalement, ben oui … » Ca permet de se rendre compte, là, je veux dire, j'ai réfléchi à votre truc, c'est vrai, je ne les pose pas, les questions. C'est évident. Alors pourquoi ? Est-ce que vraiment on n'est pas à l'aise ? Ou alors parce que, je ne sais pas,

c'est quelque chose qui ne vient pas… On n'y pense pas. C'est vrai peut-être qu'on n'y pense pas parce que nous on est ici dans une zone…, je veux dire, moi j'ai toujours été…, moi j'ai vécu dans un milieu où il n'y avait pas de violences, tout ça. Donc, c'est vrai qu'on n'y pense pas forcément, quoi. Et puis, je vois des femmes qui, bon, finalement, là on a quand même des niveaux socio-économiques qui sont quand même…, qui sont bons, je veux dire ici, dans le voironnais. Et donc, toutes celles qui, finalement, subissent des violences verbales ou autres, comme elles ont quand même un niveau qui est …, je ne sais pas, donc elles savent peut-être mieux le cacher, ou finalement on voit moins les effets. Mais c'est sûr, on n'y pense pas. Je ne le fais pas, c'est évident.

Q - On a bien insisté sur le fait que le rôle du médecin généraliste, c'était de dépister, de faire parler les femmes. Après, pour vous, quelle est la suite ? Une fois qu'une patiente va se confier à vous, qu'est-ce que vous allez faire, ensuite ?

14 - Alors, la suite, ça peut être, déjà, lui avoir permis un lieu de parole. C'est pas rien. Ca veut dire que, même si par la suite, la femme, elle n'est pas prête à faire des démarches, mais n'empêche qu'elle a pu poser son gros sac quelque part, et quelque part où, effectivement, on est amené… Ben c'est l'endroit où c'est peut-être le plus important qu'elle l'ait posé. Parce que, bon, c'est quand même, dans notre relation avec les patients, on fait partie quand même des gens qui sont importants pour eux. Ca, c'est certain. Donc, si on leur a ouvert cette porte, c'est important. Après, qu'est-ce qu'on va en faire ? Soit la femme, effectivement, elle va nous demander, à un moment donné : « Qu'est-ce que je fais ? ». Donc, à ce moment-là, on peut lui ouvrir les portes, comme on fait avec celui qui veut arrêter le tabac et autres, on est sur les même portes ; soit effectivement, la patiente, elle n'est pas dans ce stade-là, elle n'est pas dans le stade « Je veux faire quelque chose de mon problème », on voit ça dans plein d'autres problèmes, hein, c'est le même processus. Et après, ça veut dire que, petit à petit, en l'accompagnant, à un moment donné, peut-être qu'elle va venir nous demander : « Qu'est-ce que j'en fais ? » Et là, il faut répondre présent, c'est-à-dire que, globalement, on ne va pas forcément prendre en charge ça, mais ça veut dire que, globalement, on est déjà le porteur de la parole, et ça veut dire qu'après, on lui permet peut-être de dire… « Ben, allez en parler à une assistante sociale, voilà le numéro de l'association, allez en parler… » Et, en fait, ça permet, effectivement, on ne va pas forcément, nous, faire les choses, parce qu'on n'est peut-être pas forcément habilité à les faire, on ne sait pas trop, après, les suites à donner, et puis selon ce qui se passe. Ou alors, leur redonner confiance, c'est-à-dire notre regard à nous, de quelqu'un chez qui elles font confiance, c'est-à-dire qui, effectivement, amène cette parole et qui, finalement, leur dit : « Ben oui, ayez le courage, peut-être… C'est vrai, qu'est-ce qu'il vous apporte, ce compagnon ? Où vous en êtes ? Vos enfants ? Votre travail ? » Et puis, peut-être, petit à petit, leur permettre de se dire… Ben finalement, « Je vous estime, vous avez une personnalité, vous pouvez faire autrement, vous pouvez dire non, vous pouvez peut-être demander le divorce. » On peut leur dire, des fois, à la consultation : « Qu'est-ce que vous vous emmerdez dans ce couple ? » Donc, voilà. D'autant plus facilement qu'on ne connaît pas le conjoint. Là, on ne se mouille pas trop, on ne le connaît même pas, même si elle rapporte des choses que…, voilà. On est complètement neutre, et au contraire, des fois on amène, comme ça, à se dire : « Ben finalement, est-ce que vous envisagez de faire autrement ? D'arriver à dire non ? Pour vos enfants, pour votre famille. » Enfin, les faire rebondir sur des choses qu'on sait, en plus.

Q - Et si elle vous confie des violences, et qu'elle vous demande : « Qu'est-ce que je peux faire ? », vous êtes à l'aise pour l'adresser justement, vous connaissez les associations qu'il peut y avoir dans la région ?

15 - Alors après, plus simplement, c'est vrai qu'on peut s'aider d'une assistante sociale. Parce qu'on a toutes les assistantes sociales de quartier, je veux dire, elles sont faciles d'accès, et après, ça permet de faire un premier point. Et puis après, il y a tous les appels, les numéros, les choses comme ça. Et ça, c'est vrai qu'on a eu pas mal de petites brochures, quand même, il a circulé des petites brochures chez le généraliste, même si on n'a pas... Il y a des petites choses qui nous ont été passées, quand même, par l'INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé) et tout ça. Il y a des choses. Et puis, il y a votre thèse, on aura tout (rire).

Q – Là, on vient de voir le côté dépistage, maintenant on va aborder un peu plus les freins qu'il peut y avoir à dépister, justement. Vous dites : « Finalement je ne le fais pas assez, mais je ne sais pas trop pourquoi », donc on va essayer de creuser un peu ce côté-là. Donc, pour vous, qu'est-ce qui, enfin, de manière générale pour le médecin généraliste, à votre avis pourquoi est-ce qu'il ne pose pas plus souvent la question ?

16 - Parce que peut-être qu'on n'est pas assez conscient, finalement, de l'importance du problème. Alors pourquoi on n'est pas…, enfin ceux qui ne le font pas, ce que je veux dire, on est dans un milieu un peu privilégié. Je veux dire, moi, dans mon enfance, je n'ai jamais vécu ce genre de choses, alors du coup, là, au cabinet… Et puis c'était pas dans les études (rire). Donc, globalement, voilà, on est complètement « pchit, out le problème ». Et puis après, on le voit en garde, dans des situations un peu particulières, mais là, avec les patientes qui viennent nous voir, on n'y pense même pas, quoi. C'est quelque chose qu'on n'a pas étudié, on a l'impression que ça existe peu, ou pas beaucoup, ou je ne sais pas. Enfin, je ne sais pas ce qu'on se fait dessus, mais en tout cas, on ne va pas le chercher. Et on ne va pas le chercher parce que, ben peut-être, on n'a pas assez conscience que, finalement, c'est important d'aller le chercher.

Q - Vous connaissez un peu les statistiques au niveau national ?

17 - Euh… non, je n'ai pas les chiffres précis, non. Alors, c'est vrai qu'il y a eu les campagnes publicitaires, où c'était très marquant, c'était très macabre d'ailleurs, parce qu'ils montraient une croix, là, avec toutes les - je ne sais pas combien – une femme qui meurt de violences conjugales. Donc, ça c'est vrai que ça aurait dû nous percuter pour aller chercher un peu plus. Parce que c'était percutant quand même, leur campagne publicitaire grand public. Et puis nous, on les a vues comme les autres.

Q - Est-ce que vous pensez qu'il peut y avoir des difficultés pour poser la question qui soient liées, justement, à la consultation, à gérer sa consultation ?

18 - Alors, c'est vrai que, les statistiques nationales nous disent qu'une consultation, ça dure 17 minutes (rire). C'est ce qu'ils disent. Après, le temps de consultation pour des problèmes aussi aigus, ça veut dire que… C'est vrai que c'est difficile d'aller ouvrir une porte qui va peut-être partir sur quelque chose qui peut s'épancher pendant 20 minutes, et c'est souvent à la fin de la consultation que ça se passe. Est-ce que c'est pour ça qu'on ne va pas assez chercher ? Mais bon, je dirais que ça s'inscrit dans une histoire, donc, il faudrait qu'on se détache de cette histoire de « pas le temps à la consultation ». Parce que, peut-être que ça nous en ferait gagner, parce que ça peut, peut-être, expliquer plein de choses sur lesquelles on tourne en rond pendant des années, et qui nous font partir sur des tas de choses … Des femmes qu'on voit tout le temps fatiguées, qu'on ne sait pas quoi faire avec. Donc, finalement, je ne sais pas. Je ne sais pas si ça doit être un frein. Ou alors, c'est à nous de trouver comment on l'aménage, c'est-à-dire relancer. Parce qu'en plus, c'est des patientes qu'on connaît, ça veut dire que même si on lance quelque chose et que

ça ne se passe pas bien, on peut leur dire : « J'entends qu'il y a un problème, on se refixe un moment pour en parler. » Je veux dire, dans tout, on peut le faire, ça. Alors après, pourquoi on ne le fait pas ? Je ne sais pas. Est-ce qu'on est noyé sous des tas de trucs, j'en sais rien. Peut-être déjà la consultation elle-même, ils amènent d'autres motifs, peut-être pour ces autres motifs on a déjà pris tout le temps et qu'après on ne va pas creuser sur des choses qui sont, finalement, le problème central de la femme.

Q - Je vais revenir sur une petite notion que vous avez abordée, là : sur le fait que mettre le doigt sur des violences peut vous apporter une lumière différente pour expliquer des symptômes de la patiente, des choses que, finalement, vous n'arriviez par à expliquer.

19 - Bien sûr, oui, bien sûr. Et je suis persuadée qu'il y en a des tas. Si, par exemple, j'ai la curiosité de faire ça sur une semaine, je vais être surprise. Parce qu'il y a des fois, par contre, c'est a posteriori, sur certaines choses, on se dit : « Ben, tiens, effectivement. » Et voilà, quoi. Des fois, on se fait surprendre. On comprend des fois mieux les choses.

Q - Est-ce que vous avez en tête une situation particulière qui vous aurait marquée, d'une patiente qui se serait confiée et de votre prise en charge… ?

20 - J'ai une patiente, donc, elle, elle a un gros dossier. Je la suis déjà depuis pas mal d'années, et en fait, au début, donc, elle avait des rachialgies, des lombalgies, des tas de choses. Il y a eu vraiment un diagnostic de fait, c'est un rhumatisme inflammatoire, c'est un SAPHO, tout ça. Le diagnostic a été fait de façon précise, c'est pas seulement des rachialgies psychogènes, il y réellement un problème médical derrière. Et elle, effectivement, au moment où il y a eu l'annonce diagnostique de cette chose-là, moi j'étais passée la voir à l'hôpital de Rives, où le bilan avait été fait. A un moment, elle avait fait quelque chose de plus important, et en fait, effectivement, il y avait eu hospitalisation, et là, le diagnostic avait été posé. Et en fait, c'est là que je suis tombée sur le poteau, en fait, du problème de la violence conjugale. Parce qu'en fait, je n'avais pas réalisé. C'est une femme qui explique, effectivement, … Donc déjà, c'était un peu particulier, parce qu'elle s'est mise en couple avec, finalement - sa maman était assistante maternelle – et elle s'est mis en couple avec, finalement, le père qui était veuf ou divorcé, je ne sais plus, de la petite qu'elle gardait. Elle a eu une fille avec cet homme. Et en fait, je n'avais jamais réalisé, pourtant je les suis tous les deux, mais bon, lui, effectivement, il fait toujours bonne figure, toujours sympa, et je n'avais pas réalisé qu'il pouvait se passer tout ça dans le couple. Et au moment de cette hospitalisation, je suis passée la voir à l'hôpital de Rives, dans un contexte différent du cabinet, et là, j'ai réalisé qu'il y avait vraiment problème parce qu'en fait, elle m'a dit : « Ben oui, ben voilà, ça va mal. Il comprend que j'ai une maladie et voilà, ça ne se passe pas bien. » Et là, j'ai commencé à creuser. Et là, je suis tombée finalement sur le truc. En fait, elle subissait des violences verbales régulières. Physiques, pas trop, mais franchement verbales. Et les violences physiques, en fait, il les faisait à l'encontre de son petit chien à elle, en fait. Il n'arrêtait pas de foutre des coups de pied au chien. Donc, globalement, il n'osait pas lui foutre des coups de pied, mais il foutait des coups de pied à son chien qu'elle aimait bien. Donc, ça revenait un peu au même, en gros. Donc, ça se passait un peu comme ça. Et d'ailleurs, à l'annonce quand même de ce diagnostic, là, finalement, petit à petit, elle a pu se confier, parce qu'elle commençait à avoir un statut de malade, elle a commencé à être prise en charge par les rhumatos et tout ça. Et là, elle a pu en parler, de ce qui se passait au quotidien. Et là, il a fallu qu'elle en parle, parce qu'elle n'était pas du tout épaulée dans cette annonce diagnostique par le compagnon. Et puis, petit à petit, ils se sont séparés, et puis là, elle est avec un nouveau compagnon. Mais là, ça ressort, en fait, tout ce qu'elle a vécu avec l'autre, elle en parle

régulièrement, parce qu'avec le nouveau compagnon, c'est vrai que, finalement, elle a des troubles de libido, en plus elle a plein d'autres problèmes, mais voilà. Là, elle en parle, elle relate à chaque fois ce qui s'est passé avec l'ancien compagnon. Là, avec le nouveau compagnon, il n'y a pas forcément, je veux dire, j'ai bien creusé s'il n'y avait pas le même processus qui se remet, non, on n'est pas sur les mêmes processus. Mais bon, elle est quand même avec un nouveau compagnon qui aime bien son petit « pinard », et puis dans un contexte de déchéance sociale : les deux, ils sont vraiment… ils vont pratiquement aux restos du cœur, des fois, se réapprovisionner. La situation est vraiment très précaire. Mais bon, on n'est plus dans le même processus de violences. On est sur autre chose, c'est précaire, mais bon. On a l'impression qu'elle est tombée peut-être dans une autre chose, mais bon, avec une certaine précarité. Donc, on a ça.

Et j'en ai une autre, patiente, elle est arrivée à me parler aussi des violences conjugales, pareil, à l'annonce qu'elle était porteuse d'une hépatite C. Et quand on a creusé comment elle était porteuse d'une hépatite C, c'est une hépatite C post-transfusionnelle à la naissance de son dernier garçon, elle a trois fils et une fille, donc elle a quatre enfants, et en fait, elle est arrivée à en parler parce qu'à l'annonce de l'hépatite C, en fait, c'est là que tout ressort. Depuis que, finalement, elle a eu l'annonce de l'hépatite C, le mari qui ne la regarde pas, qui l'insulte… Mais n'empêche que moi, ça fait 15 ans, pratiquement, que je la suis, et c'est que maintenant que le mari demande le divorce. Et elle, elle a 60 ans. Et les enfants ils sont tous grands, mais maintenant elle a plus de force car ses enfants la soutiennent. Et donc, finalement, enfin, elle se sort de la situation. Parce que c'est un peu les enfants qui la tirent du truc. Voilà… Et là, finalement, elle nous l'amène sur un plateau, parce qu'on a l'annonce diagnostique, et finalement, on est sur quelque chose, on les accompagne un peu plus, et finalement ça sort. Je ne sais pas si c'est elles qui l'ont sortie, si c'est moi qui les ai aidées, mais ça sort. Bon, c'est un moment un peu clé, parce qu'effectivement il y a des choses importantes qui ressortent, au niveau médical, et finalement, il y a d'autres choses qui réémergent derrière. Bon, voilà déjà deux cas où il y a eu un peu comme ça… Il y en a quelques-unes comme ça.

Q - Est-ce qu'il y a des moments où ça a pu être difficile, au niveau émotionnel, d'aborder ce sujet, avec certaines patientes, pour vous ?

21 - Alors, quand on est dans le cadre de l'urgence, et qu'on les voit comme ça, c'est pas forcément difficile, parce que là on est tellement pris, il faut vérifier tout, leur faire le certificat, tout ça. Donc globalement, on est pris dans un côté un peu technique, qui finalement nous rassure et nous cadre, elles viennent pour quelque chose de précis. Après, moi j'avais eu une jeune femme une fois en garde, où ça a été un peu plus difficile, parce que son histoire n'était pas facile, et on sentait déjà qu'elle était très isolée. On sentait, voilà, que c'était pas si facile que ça de l'aider, mais bon, ce n'était pas une patiente du cabinet, ça ne l'a jamais été, mais c'est vrai que ça a été plus difficile à gérer parce que, là, finalement, en creusant, elle a sorti son sac : elle venait de l'étranger, elle est russe, elle est venue en France, elle a épousé un Français, il la malmène. Et puis là, il y a eu en plus des coups, donc ça dépasse la violence verbale. En plus, devant des témoins, devant ses copains tout ça, donc ce n'était pas évident. Et puis, elle, on sentait que, ben effectivement - et puis moi je ne connaissais pas du tout le conjoint, puisque c'était dans le cadre de l'urgence - mais effectivement, après… Elle a viré vers des… Je ne sais pas si elle l'a fait ou pas, des choses… et surtout la motiver pour partir, quoi ! Elle voulait le faire, d'ailleurs. Mais on sentait que ce n'était pas évident de lui dire : « Partez », parce que derrière, on sentait qu'elle n'avait pas grand-chose, quoi. Pas d'amis, elle était déracinée. L'autre, il avait, c'est vrai, le compagnon, il avait la main libre, je veux dire. Une jeune femme

finalement isolée, loin de ses attaches familiales – comment elles étaient les attaches familiales en Russie, on ne sait pas, mais bon, bref – loin de ses attaches familiales. C'est quand même quelqu'un qui avait finalement un certain niveau d'études, elle était quand même dans une fac, je ne sais plus trop ce qu'elle faisait, voilà. Et puis on sentait, elle maîtrisait parfaitement le français, enfin, je veux dire, elle avait quand même un certain niveau d'études, n'empêche qu'elle était complètement malmenée, et en plus, par un homme qui, finalement, c'était tellement simple pour lui, parce qu'à côté, on se rendait compte : ses amis, c'étaient les amis de son compagnon, et qu'en fait, globalement, elle était un peu seule. Donc, ce n'est pas évident à vivre, ça. Parce qu'on se rend compte que, là, c'est difficile pour celui qui accompagne, ou celui qui entend l'histoire, parce que, là, c'est pas comme celle qui, effectivement, à commencé à avoir des enfants, qui commencent à soutenir la mère, parce que, eux aussi, ils en ont bavé avec le père, quoi. Globalement, je veux dire, là on sent qu'elle va pouvoir repartir et puis s'appuyer sur ses enfants, petits-enfants, reprendre sa place, par forcément de femme, mais au moins une place de mère ou de grand-mère. Donc, on lui redonne une dimension féminine. Là, c'est difficile, parce que, globalement, on a l'impression qu'on n'arrive pas à repartir sur des bases : voilà, il y a votre famille, il y a vos amis… Des fois, on aime bien, nous, repartir sur des choses où on sait que, voilà, vous avez votre amie, vous pouvez vous confier, habiter chez elle, voilà. Et pas seulement les confier vers quelque chose d'anonyme, une assistante sociale ou un réseau, quoi. Et puis nous, on connaît moins bien. Voilà, ce n'est pas toujours évident. Donc au plan émotionnel, je dirais que c'est ça : quand on sent vraiment la fragilité encore plus importante de la femme derrière, pour nous c'est encore plus complexe.

Q - Parce que ça va être plus dur pour elle ?

22 - Plus dur pour elle, voilà. Et nous, dans l'accompagnement, on est plus limité. Parce que des fois, on aime bien les faire rebondir sur des bases, en leur disant : « Voilà, vous avez votre histoire, votre compagnon, les violences, mais il y a autre chose. » C'est comme pour les dépressifs : quand on sait qu'il y a des embases, on se dit : « Bon celui-là, il ne va pas sauter d'un pont tout de suite ». L'autre, on est un petit peu en se disant : « Ben il n'y a rien derrière, et puis elle est dans cette histoire, qu'est-ce qui va se passer pour elle ? » C'est plus difficile.

Q - Est-ce que vous vous rappelez la première femme que vous avez prise en charge ?

23 - Alors, la première (rires), la première : il y a eu au début de ma carrière, ça c'était une histoire complètement loufdingue, qui m'a menée d'ailleurs au Conseil de l'Ordre, mais là, c'était vraiment trop bizarre. Je venais de m'installer, en fait, et elle – donc, il y a aussi la contrepartie : qu'est-ce qu'on croit que c'est vraiment de la violence et ça n'en est pas vraiment – et en fait, bien sûr qu'elle est venue voir le nouveau médecin qui s'installait, c'était évident. La femme d'un confrère, en plus. La femme d'un confrère, qui vient voir le nouveau médecin qui s'installe, comme ça, c'était pas difficile. Et effectivement, qui relatait une histoire de conjugopathie et de violences verbales, de choses comme ça. Et en fait, là, oui, on tombe dans le panneau, parce que là, il y a une demande de certificat. Je suis tombée dans le panneau, j'ai fait un certificat, que j'ai laissé assez vague, parce que je sentais qu'il y avait une histoire de conjugopathie, de divorce. Je sentais quand même, jeune médecin, je me suis dit : où elle m'embarque ? Mais à la fois, prise dans le truc, elle vient me demander un certificat, déontologiquement, je dois le faire. Mais voilà, là je me suis retrouvée dans une histoire complètement dingue, où, bien sûr le confrère… Mais je n'ai pas été la seule consœur à tomber dans le panneau, parce qu'un peu plus tard,

finalement, un autre confrère a relaté le problème, et il a été mis dans la même situation : elle était allée le voir pour faire faire des papiers et tout ça, et effectivement, il s'était retrouvé, avec l'autre qui était un petit peu parano, et finalement, allait au Conseil de l'Ordre et attaquait les confrères. Et là, donc, on n'était pas forcément dans une histoire de violences conjugales, on était dans des histoires de conjugopathie en fait. Il y avait probablement des violences, ça c'est sûr, mais avec, effectivement, là-derrière, des tenants et aboutissants : finalement, il n'y avait pas forcément une demande d'aide, mais il y avait une demande pour essayer de récupérer des choses dans un divorce, et nous, on tombe dedans, ç'est pas évident. On tombe dedans, ou on est obligé de le faire, et après on fait comme on peut. Et puis, bon, c'est difficile de refuser, parce qu'en plus, on n'a pas le droit de refuser vraiment un certificat, il faut le faire. Globalement, il avait titillé sur les mots, donc le Conseil de l'Ordre m'avait forcément convoquée, et là j'ai eu des confrères extraordinaires au Conseil de l'Ordre. J'avais été reçue par l'ex-président, ils m'avaient reçue à deux, et en fait, ils m'avaient dit : « Ben de toute façon, l'histoire on la connaît, il y a déjà un de vos confrères qui est tombé dans le truc ». Effectivement, quelques années plus tard, l'autre confrère en question, à l'occasion, effectivement, … Bon il a fallu qu'il le lâche, tellement il s'était fait emmerder par ça, mais moi j'ai bien compris de qui il parlait, tu penses. Et du coup, ils m'ont dit : « Oui, oui, on sait, c'est pas la première fois, on a vraiment des problèmes avec ce dossier, le confrère en question, il faut qu'il se calme, on essaie de voir comment il peut se calmer. Mais c'est vrai que son épouse, elle essaie par tous les moyens… Ben, voilà, c'est pas le premier confrère qu'il embête. » Du coup, ça avait stoppé là le problème, ils m'avaient dit : « De toute façon on connaît bien le problème, et on ne va pas aller vous embêter avec cette histoire, par contre, on est obligé de tenir compte de la plainte. » Alors, c'est pas simple non plus, notre positionnement, il n'est pas simple, parce qu'à des moments, ils viennent nous demander des papiers, des machins comme ça. Peut-être qu'il y a ça aussi, ça fait le frein. Quand après ils viennent nous demander des papiers, des machins, où après c'est pas toujours facile, il y a peut-être ça aussi qui fait qu'on a peut-être un peu du mal à le faire. Je ne sais pas. Ça se peut. J'ai peut-être été échaudée par cette histoire, ça c'est sûr – qui n'a pas eu de conséquences, du tout. Au Conseil de l'Ordre, ils ont vraiment été sympas avec moi, ils avaient dit que dans la formulation, voilà, j'étais jeune consœur, que je n'avais pas forcément bien formulé mon certificat. Bon : « Tu es une jeune consœur, tu n'as pas bien formulé ton certificat, on va noter ça, hein. Ne vous en offusquez pas, mais on va le sortir comme ça, comme ça au moins ça mettra un point d'arrêt au truc. » Moi, je ne m'en suis pas fait plus que ça, et je me suis dit qu'ils ne s'en étaient pas trop mal sortis, mes confrères, à trouver une solution pour béqueter l'autre. Voilà « jeune consœur qui formulait mal le certificat », mais bon, bref (rires). Ils avaient finalement trouvé la parade, parce qu'ils étaient avec deux confrères, il fallait qu'ils fassent très attention.

Q - Quand même, ça fait une mauvaise expérience antérieure pour vous, non ?

24 - Une mauvaise expérience, oui.

Q - Et après, peut-être que vous vous êtes un peu dit : « Ouhlà, je vais faire plus attention » ?

25 - Peut-être. Parce que c'est vrai qu'on est toujours un petit peu sur des trucs où, en fait, à un moment donné, quand elles viennent en parler, est-ce qu'elles viennent en parler pour… voilà, ou est-ce que, effectivement, derrière, elles veulent quand même des papiers, des trucs. Et là, on est toujours un peu en porte-à-faux. Ce n'est pas toujours évident, je veux dire, de faire ce genre de choses, oui, c'est difficile, c'est difficile. Et à la fois, voilà.

Q - A la fois, le certificat, il fait partie du rôle du médecin, et il est important pour les femmes qui sont vraiment victimes.

26 - Tout à fait.

Q - Quand il y a des traces, c'est plus facile, on constate.

27 - Alors, c'est plus facile quand il y a effectivement des choses très précises, ou alors quand c'est pas nos patients, parce que « la patiente vient me relater ceci cela ». Point. Et puis en plus, on ne connaît pas du tout l'entourage, voilà, c'est plus simple. Quand on commence à connaître le mari, le conjoint, ça commence à être nettement plus délicat. Ce n'est pas toujours évident.

Q - Pourquoi c'est plus délicat quand on connaît le mari ?

28 - Plus délicat, parce que parfois, il y a peut-être des choses, on a peut-être du mal à …, ou alors parce que… Ouais, ça ne devrait pas l'être en fait. Mais ça l'est quand même.

Q - Parce qu'on a plus de mal à y croire, parce que le mari est gentil ?

29 - Oui, voilà, on est peut-être moins… Oui, ça, probablement, on met un peu plus de subjectivité dans le problème, c'est possible. Et puis, il y en a certains, on leur dit, on ne veut surtout pas en faire, parce qu'on sait qu'on est sur la corde difficile et que globalement, elle a envie de récupérer des choses, et que, globalement, même s'il y a des choses, des violences un peu, je veux dire, on sent que là, elle veut nous faire faire des choses, parce que globalement elle a envie de récupérer des trucs, on sent qu'il y a une manipulation. Quand je sens qu'on veut me manipuler, moi, c'est non. J'en ai vu une, là, récemment, elle a voulu me manipuler, j'ai eu tout le monde au téléphone : sa sœur : « Pourquoi vous ne faites pas le certificat ? » Je ne fais pas le certificat, je n'ai pas à le faire. Elle demande un divorce, pas besoin de mon certificat pour demander le divorce. Qu'est-ce qu'elle veut que je note dans le certificat ? D'autant plus que c'est un peu litigieux, parce que c'est vrai qu'elle relate effectivement que, plus jeune, il y avait des violences verbales, des tas de choses, ok, mais je veux dire, globalement, dans la situation, lui, il est l'aidant principal, il aide, elle est sur le fauteuil, elle est sur machin, sur le truc… A chaque fois qu'elle a un problème, il m'appelle, il me demande d'aller voir. Je veux dire, globalement, je ne peux pas complètement dire non plus qu'on est dans une situation… Bien sûr qu'il y a une conjugopathie. Mais je veux dire, on est vraiment sur le problème d'une conjugopathie, quoi. Moi, je ne veux pas faire un certificat pour une conjugopathie. Et il y a une conjugopathie, à la base. D'ailleurs, je leur ai dit à tous les deux. Là, ils sont en instance de se séparer. Elle a tout fait pour justement se séparer. Donc, là, bien sûr, la procédure est partie pour une séparation chez une personne, et aucun des avocats ne m'a demandé un certificat. Donc, j'ai très bien fait de ne pas le faire, parce que finalement, ça se fait sans moi, voilà. A un moment, je me suis dit : « D'ici qu'elle dise, parce qu'il y a tout le système, tout le conseil général qui est dessus, qu'elle fasse partir qu'il y a des violences et qu'on vienne me dire ''non-assistance'' ou je ne sais pas quoi. Où est-ce que ça va nous mener ? Parce qu'elle est complètement hystérique. Où est ce que ça va nous mener, cette affaire ? » Donc, moi j'ai dit non, j'ai eu la sœur : « Comment, vous ne faites pas les certificats, tatati tatata ». Moi, je ne fais pas les certificats. Elle n'a pas besoin de ça parce qu'elle demande le divorce. Elle divorce, elle n'a pas besoin d'un certificat pour divorcer. Point. Voilà. Ca a quand même abouti à changer de médecin traitant. Mais finalement, c'est très bien, parce que moi, au moins, moi je suis restée très claire là-dessus, je n'avais pas à entrer là-dedans. D'ailleurs, elle a bien compris que je ne voulais pas y rentrer, elle change

de médecin traitant. C'est très bien, ça fait dix-sept ans que je l'accompagne, elle change, c'est parfait. Et d'ailleurs, tous les autres soignants qui interviennent au domicile sont ravis qu'elle change de médecin traitant, parce que tous, de toute façon, ils étaient avec moi, que quelque part elle exagère sur les trucs et que tout le monde en a ras-le-bol de l'entendre avec ses hystéries : le mari c'est le dernier des machins, le dernier des trucs. Le mari, il est quand même là, il est l'aidant. D'accord que peut-être, à un moment... il y a une conjugopathie, voilà. Donc, globalement, c'est pas mal comme ça. J'ai vite confié le bébé. Comme ça, le confrère, il verra, et peut-être que comme là, la grosse histoire est presque terminée, il va enfin pouvoir faire son travail de médecin sans être emmerdé par une nana qui va lui demander à chaque fois un certificat. C'est très bien , c'est parfait. Donc, ce n'est pas toujours évident non plus. Et puis de faire la part des choses, il y a des fois, faut rester très objectif sur ce qui se passe, c'est sûr. A la fois, on a les faits, quand je ne les sens pas, je leur dis : « Je ne fais pas ». Je me suis dit : « On verra quand un avocat, le conseil général me posera des questions. On ira discuter ensemble. On verra, je ferai venir un mec du Conseil de l'Ordre, on en discutera. Et puis, j'expliquerai pourquoi je n'ai pas fait de certificat. Ils en feront ce qu'ils veulent, ce n'est pas dramatique ».

Q - Pour finir, je voudrais vous demander, à votre avis, qu'est-ce qui permettrait d'améliorer le dépistage par les médecins généralistes ? Finalement, qu'est-ce qui leur manque, qu'est-ce qu'il faudrait changer, qu'est-ce que l'on pourrait faire pour ..... ?

30 - Peut être, la piste, c'est ça. La journée dépistage, il y a des choses comme ça, comme « la journée de la femme », nous, on l'a vu au centre de planification, elles venaient se faire faire le frottis, peut être des journées comme ça, où on pose plein de questions: « Aujourd'hui, c'est la journée de la femme, comment voyez-vous votre vie de femme ? » Après, ce n'est qu'un petit éclairage sur les femmes que l'on voit ce jour-là. Ou alors sur des semaines de la femme où l'on dit, voilà.... Ou alors, on se dit : c'est une question que je mets dans mon dossier. Est-ce que je l'ai déjà posée ou jamais posée ? Au même titre que je demande la mammographie. « Comment ça se passe, dans votre couple, la libido, les relations ? »

Q - C'est peut-être plus facile à aborder par l'abord de la gynéco.

31 - En plus, c'est souvent une consultation que l'on sépare, parce que souvent, on ne fait pas forcément le frottis le même jour, on fait autre chose. Des fois, elles veulent tout mettre à la même consultation, mais on arrive des fois à différer, on se dit : « Bon, on se donne rendez-vous dans une semaine et puis on fait l'examen gynécologique, comme ça, tout le monde est bien prêt pour un examen gynécologique ». C'est peut-être plus facile pour la femme de l'aborder, parce qu'on est déjà sur une consultation qui touche à l'intime et qui touche à la femme. Donc, pourquoi pas ? Par ce biais-là, on n’est pas parasité par plein d'autres symptômes et ça touche vraiment à la conception de la femme, à l'intimité, les choses où on a pris un temps pour ça. Et il y a le geste technique du frottis, mais c'est pas tellement ce qui prend du temps. Finalement, souvent, dans la consultation gynéco, si on veut vraiment rester consultation gynéco et puis si on l'a vraiment séparé du reste, peut-être que là, le temps de parole est facilité. Et puis parce qu'on touche à l'intime, c'est souvent à cet examen-là, elles n'ont jamais parlé de leurs fuites urinaires, et puis à un moment donné si on pose la question : « Eh ben oui, j'ai des fuites ». Si on ne pose pas, elles n'en ont jamais parlé. Donc, finalement, si on leur pose : « Comment ça se passe à la maison ? », peut-être qu'elles vont nous en parler. Voilà, peut-être.

Q - Quand vous posez la question, c'est plutôt des questions générales : « Comment ça va dans le couple, comment ça va à la maison ? » Ou des fois vous posez des questions vraiment plus directes ?

32 - On n'est pas forcément très direct, parce que c'est bien de laisser aux patients une grande porte ouverte. Après, on affine, si on sent que quelque chose commence à venir dans la conversation et qu'elles ont peut-être du mal, on essaie de les aider, de tendre une perche, ou par des petites questions, les amener petit à petit à sortir le paquet. Mais sinon, des fois, par des questions très générales, parfois, ça fait sortir des choses. Etre trop précis au départ, ça enferme finalement le sujet. Donc, des fois, en étant plus large, on voit la patiente, ce qui se passe derrière. D'ailleurs les violences conjugales ne concernent pas que les femmes. Vous, c'est les violences conjugales chez les femmes ?

Q - Oui, on a été obligé de restreindre le sujet. Il y a à peu près un homme battu pour neuf femmes battues dans les statistiques.

33 - Battues, vous parlez vraiment de violences physiques ?

Q - Violences.....

34 - Et vous avez les statistiques précises ?

Q - Oui, on les a dans notre thèse. Après, globalement, quand on pose des questions générales sur des violences physiques, sexuelles, ou psychologiques conséquentes, on va dire, on trouve dix pour cent de femmes qui déclarent avoir été victimes dans les douze derniers mois et quand on prend toute la vie, ça monte jusqu'à trente à soixante, soixante-dix pour cent.

35 - Ca veut dire que dans une journée, on a forcément une femme qui pose le problème. C'est énorme.

Q - Est-ce que vous pensez que vous manquez de formation sur ce sujet ?

36 - Alors, c'est sûr qu'à la fac, on n'a pas eu du tout de formation là-dessus, surtout quand j'en suis sortie. Là, on sent qu'il y a plus de choses qui sont proposées, c'est quand même mieux fait, la formation, maintenant, qu'il y a quinze ou vingt ans. Les violences conjugales, à la fac, pas grand chose là-dessus. Après, c'est nous qui n'allons pas forcément aux forums qui sont organisés. Parce qu'il y a des choses qui sont organisées. On ne peut pas dire qu'il n'y a rien d'organisé. Moi, c'est vrai que je ne suis pas allée assister à une journée sur les violences conjugales. Jamais, de toute ma carrière. Pourtant, il y a des choses qui sont organisées par les centres sociaux, des fois des informations grand public. C'est pas que ça n'existe pas, mais nous, on n'y va pas forcément.

Q - Parce que c'est un problème que vous n'estimez pas assez fréquent pour que ça vaille le coup, ou parce qu'il y a d'autres choses que vous estimez plus importantes ?

37 – Peut-être parce que dans notre formation, on aiguille vers des choses où on a tellement peur de passer à côté des diagnostics médicaux, que finalement on va à toutes les FMC (formation médicale continue) sur le cancer du sein, etc ; on y passe une journée, ou parce que on a encore le pli de notre formation. On va enfoncer le clou sur des choses qu'on connaît. Je pense que la formation actuellement vous implique plus dans ce côté plus... même pas ?

Q - C'est pas encore ça.

38 - C'est pas encore ça, alors tu imagines il y a vingt ans. Ce n'est pas du tout....

Q - Est-ce que ça vous est arrivé d'en parler avec des confrères, en groupe de pairs, des choses comme ça, d'aborder ce sujet-là?

39 - Je ne fais pas partie de groupe de pairs. Je faisais partie d'un groupe Balint. En groupe Balint, il y a eu des tas d'autres sujets soulevés, mais jamais celui-là. Ca aurait pu être l'occasion, car c'est même mieux que le groupe de pairs. Alors, quand on voit les statistiques que vous annoncez, c'est sûr que ça aurait pu être soulevé. Après, ça a pu être avec des médecins que j'ai remplacés. Quand on est remplaçant, c'est étonnant ce que les patients.... enfin vous verrez.... Ca fait un peu comme dans l'urgence. Ils ne vous connaissent pas. Ils n'ont jamais parlé à leur médecin traitant habituel, et puis tout à coup, ça sort à la consultation, des trucs énormes, l'inceste.... Dans les campagnes, ils n'osent pas en parler à leur médecin traitant, qui connaît toute la famille, et puis tout d'un coup, vous êtes derrière le bureau, et ils viennent vous raconter un truc énorme, et puis là vous ne l'avez même pas demandée, la question, ça sort. Tu ne sais même pas pourquoi ça sort. Tu n'arrives même pas à savoir pourquoi c'est sorti, mais c'est sorti. Toi, tu n'en fais pas grand chose, c'est sûr, mais tu te demandes si justement ils n'avaient pas envie que tu n'en fasses pas grand chose. Ils avaient besoin de le déposer quelque part, ils l'ont déposé là. Et puis ça s'appelle quand même : « je dépose chez un docteur ». Et donc là, on est amené à en parler au confrère. Effectivement, un gros truc comme ça, on en parle. C'est pas le genre de truc que l'on écrit seulement dans un dossier sans en parler dans les transmissions. Et parfois, on se rend compte que pour le confrère, pour lui aussi, c'est la découverte. Du coup, lui, il rebondira sur le problème, mais le plus important, c'est que c'est sorti. Il fallait que ce soit verbalisé parce que, globalement, ... Et moi, des fois, pour les mettre à l'aise, quand je ne peux pas explorer le problème, quand j'étais remplaçante, je disais : « Est-ce que le docteur Tartempion est au courant du problème ? » Elles vous répondent : « Non ». « Ben peut-être que vous pourriez m'en parler, ce sera peut-être plus facile pour vous ». Nous, on n'en fait pas grand chose, mais au moins, on transmet. Mais c'est des fois étonnant, ce qu'ils peuvent nous dire en remplacement, c'est hallucinant. Ils ont déposé le sac, ils ont refermé, tout bien, c'est fait. Dans une semaine, c'est l'autre, tout bien. La parole a été ouverte, donc après, elle est souvent transmise. Et puis notre rôle, c'est de transmettre les choses, donc, c'est transmis. Et ils ne sont pas dupes, ils savent bien qu'on transmet les choses. On transmet combien ils ont de tension, on va bien transmettre le contenu de la consultation, ils le savent, et en plus on leur dit : « J'en parlerai au médecin qui est là ». Je ne leur fais pas un coup dans le dos en leur disant les choses. Donc, groupe de pairs, non, Balint, pas tellement. D'autres confrères, il y a eu l'histoire avec ceux du Conseil de l'Ordre. Après, oui, dans le cadre du centre de planification, c'était beaucoup plus facile d'en parler en équipe, puisque l'on est plusieurs à gérer les dossiers. Sinon, ce n'est pas si évident que ça d'en parler à des confrères. Même pas d'en parler avec d'autres. Alors, après, on en parle des fois avec nos étudiants, parce qu'on est maître de stage, on partage un secret professionnel. Avant de recevoir les patients, des fois, ça peut être amené dans la présentation du dossier, mais sinon, c'est vrai, c'est bien des choses que l'on garde pour soi.

Q - Dans le même esprit que le patient va se confier plus facilement à un médecin qu'il ne connaît pas, est-ce que, du coup, pour vous, ce serait plus facile de poser la question à une nouvelle patiente ? De manière systématique, est-ce que ça pourrait rentrer dans votre pratique ?

40 - Ca peut rentrer dans la pratique, oui, à condition de l'avoir mis dans son questionnaire. Parce que, globalement, la nouvelle patiente, on ne va pas lui faire le panel des choses,

mais avec des questions très ouvertes qui finalement peuvent lui tendre une perche, oui. Alors pas forcément lui dire : « Bonjour madame, est-ce que vous subissez des violences conjugales ? » C'est pas comme ça que l'on pose les questions, mais je vais dire : « Comment ça se passe ? Est-ce qu'il y a des problèmes ? » Oui, si effectivement, elle fait partie du dix pour cent, elle est peut-être prête à entendre qu'il y a des problèmes. Ou alors poser la question, voilà. Et si : « Pourquoi vous posez ces questions ? », on peut dire : « Parce que c'est important, il y a parfois des problèmes, il y a dix pour cent de femmes qui ont des problèmes, donc voilà ». Comme quand on leur dit que l'on va vous faire un dépistage de mammographie parce qu'il y a une femme sur huit. « Je vous pose la question si ça se passe bien chez vous, parce que c'est quand même une femme sur dix. Et que, quand même, il y a des campagnes grand public, qu'on nous demande d'être un peu plus attentif à ce genre de problèmes, donc je vous pose la question ». Donc, même en se retranchant sur « je fais mon dépistage santé publique ». C'est possible, hein ? Quand on veut les inciter à faire un frottis ou une mammographie, on leur dit : « Ben voilà, les campagnes de dépistage, c'est tous les trois ans, et puis la mammographie, c'est important, c'est une femme sur huit ». Globalement, on est dans le même pourcentage. Oui, pourquoi pas ? C'est une façon de dire : on fait notre travail, là, et c'est le lieu pour le faire. Peut-être que ça a manqué à notre formation. On n'a peut-être pas conscience de cette importance. 2010, un petit peu plus, mais 2010, on est en 2012, c'est-à-dire que .... Vu que moi, j'ai été formée il y a vingt ans, et que j'ai toujours été dans des contextes.... J'ai remplacé à la campagne, c'est gentillet, tout ça, je ne suis pas aux Maillettes, donc globalement, tu vois, alors que ça touche tous les milieux, ils ne sont pas tous en train de s'étriper avec les voisins sur le palier, ça ne fait pas tout. Tu vois, c'est un peu ça. Il faut qu'il y ait débord pour que l'on en parle, et nous on a ce rôle. Et ce rôle, on ne l'a pas. On n'est pas formaté pour l'avoir. Je m'en rends compte, c'est évident.

Q - Pour vous aider aussi, est-ce que vous auriez besoin d'un réseau bien identifié, de partenariat, de renforcer vos connaissances sur les associations qui existent ?

41 - Oui, ça oui. D'avoir effectivement à notre disposition, hop, la maquette que l'on sort. On a un problème et puis finalement, on sort la maquette. Au même titre, voilà le numéro.... un truc que l'on ressort comme ça facilement, que l'on s'est mis quelque part ou .... au même titre que les associations, la Croix d'Or, les machins, les trucs pour les alcooliques. Voilà, un nom, un référent local, une adresse, quelque chose que l'on trouve tout de suite dans notre fichier correspondant. Violences conjugales, clac. On leur met ça sur un papier, et ils partent avec un numéro de téléphone. Ca, oui, on est vraiment sur le coup, tout de suite. Et ça, c'est facile, il faut qu'on ait la maquette et après, on se le met, au même titre que l'on a le numéro du cardiologue. C'est pareil.

Q - Qu'est-ce que vous pensez d'une consultation qui pourrait être dédiée à ce problème ? Qui pourrait avoir lieu peut-être à l'hôpital, peut-être au planning, à un endroit qui serait identifié, où les femmes pourraient venir expressément pour ce sujet-là, pour en parler, pour avoir un psychologue sur place...

42 - Une antenne très spécialisée, oui, pourquoi pas ? Alors après, la difficulté des endroits qui sont très spécialisés, c'est que justement, des femmes qui ont du mal à en parler, elles peuvent avoir du mal à aller dans quelque chose qui est déjà étiqueté. C'est étiqueté, ici, c'est pour les violences conjugales. C'est plus simple pour quelqu'un d'aller dans une antenne où c'est moins étiqueté violences conjugales, genre centre de planification, ça fait plein de choses, ça fait la gynéco, ça fait les IST (infections sexuellement transmissibles), ça fait le conseil conjugal, et ça fait les violences conjugales au milieu. Donc, globalement,

c'est plus simple pour quelqu'un de pousser une porte où il n'y a pas déjà « c'est là les violences conjugales », parce que, déjà, dans les petites villes, elles peuvent tomber sur la voisine, c'est pas toujours évident. Et puis ça reste tabou quand même, ces histoires. Ca reste sûrement tabou, parce qu'on n'en arriverait pas à des nanas qui meurent. On est là dans quelque chose d'hyper étiqueté, je pense que ce n'est pas très bon. Après, il vaut mieux que ce soit une équipe, et au sein d'une équipe, quelqu'un de plus performant qui va vraiment prendre en charge, mais que l'on soit déjà sur quelque chose, comme ici : nos portes, ici, c'est plus global, c'est plus facile, on vient s'épancher sur tout et pourquoi pas ça ? Après, il faut le relais entre l'endroit où on dépiste, ça peut être des numéros anonymes, des tas de choses, et puis où il y a vraiment l'aide, l'aide psychologique, la prise en charge et tout ça. Mais alors ça, oui, il faut des gens très performants pour pouvoir aider ces femmes, il faut des gens qui aient vraiment l'habitude. C'est une approche qui est quand même spécifique, mais on ne peut pas le faire dans quelque chose de très précis, parce que, sinon, elles ne pousseraient pas la porte. Dans tout ce qui est fait, les journées prévention, on se rend compte... Cette années, quand ils ont fait les journées dépistage VIH, ils ont été super contents, au centre de planification, ils ont eu moins de trente qui sont passés. Et peut-être, même pas des gens qui étaient forcément à problèmes, quoi. Alors, je ne sais pas comment ça pourrait être organisé. Mais, n'empêche, il faut des numéros d'appel, il faut des choses, quoi. Il y en a, mais il faut les avoir sous le coude, et au moment où ça arrive. Et c'est vrai que si on n'a pas fait la démarche de se les mettre sous le coude, au moment où ça arrive, on ne les a pas. Alors là, tu ne les trouves plus. Quand tu en as besoin, tu les cherches, tu ne les trouves plus. Je les ai bien reçus, mais je ne sais pas où c'est. C'est typique. Voilà.

Q - Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter?

43 - Non. J'ajouterais que je trouve que c'est bien que ce travail soit fait. Je pense qu'en plus, ça laissera vraiment des ..., en plus, connaissant Amélie et tout ça. J'irai sûrement à votre thèse, si vous me le dites suffisamment à l'avance, c'est sûr, quand je ne peux pas aller à une thèse de mes étudiants, ça me fâche, je suis pas bien contente. Quand je ne suis pas arrivée à y aller, je suis très mal, tu aurais pu te libérer deux heures de consultation. Les patients peuvent attendre, la thèse, c'est qu'une fois, c'est comme un mariage. Donc, du coup, j'essaie vraiment d'être là. C'est sûr, ouvrir cette porte, et vu les statistiques, c'est une question qu'il va falloir mettre au goût du jour de la consultation.

Q - Merci beaucoup...

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P4

Q- Pour commencer, une question un peu générale. A votre avis, dans votre patientèle, quelle est l'importance des violences conjugales?

1 - Alors, à ma connaissance, pour en avoir discuté avec les femmes, je pense en avoir - euh - quatre ou cinq cas. Voilà. C'est ce que je vous dirais, mais, voilà, à ma connaissance. Peut-être que je ne sais pas tout. Mais je pense connaître suffisamment mes patientes. Voilà, c'est ce que je dirais.

Q - D'accord. Vous connaissez un petit peu les statistiques nationales?

2 - Alors, je connais ce que j'ai entendu à la télé et à la radio, c'est-à-dire une femme, je crois, meurt, sous les coups de son mari tous les trois jours, je crois que c'est ça, hein ? Et ça m'a d'ailleurs effrayée. Après, le nombre, par année, je ne pourrais pas vous dire, je ne me rends pas compte.

Q - Est- ce que vous avez remarqué, suite à la campagne de 2010, des patientes qui se sont confiées plus spontanément?

3 - Non, honnêtement non, pas de changement.

Q - D'accord. A votre avis, en terme de répercussion sur la santé des victimes, les violences conjugales, quel panel ça peut donner?

4 - Alors, oui, beaucoup de psychosomatique je pense, de douleurs abdominales, de choses comme ça. Après, on s'en rend compte, nous, quand il y a des hématomes, enfin, quand ça devient quand même des violences physiques. Après, des syndromes dépressifs sous-jacents, puis on creuse un petit peu et on s'aperçoit qu'il y a un problème de couple. Euh, voilà, hein. Les problèmes d'alcool, aussi, il y a beaucoup de violences liées à l'alcool du conjoint. Donc, on arrive par ce biais-là à connaître les violences.

Q - Les patientes que vous connaissez dans votre patientèle, elles se sont confiées à vous spontanément ou c'est vous qui avez enquêté ?

5 - Non, il faut poser des questions, je trouve. Il faut poser des questions, par rapport à un syndrome dépressif… Sauf si c'est des signes cliniques évidents. Là, les coups, encore que, les coups, s'il y a un hématome, elles peuvent nous raconter un peu ce qu'elles veulent. Après, c'est si ça revient, s'il y en a plusieurs, on commence à se poser des questions. Les autres syndromes douloureux abdominaux, les céphalées, les choses comme ça, on interroge toujours sur le contexte familial, et le contexte professionnel, enfin, on creuse un peu les questions. Voilà. C'est pas facile de leur faire avouer les choses, c'est pas facile.

Q - Est-ce que pour vous il y a un type, une catégorie de femmes qui est plus à risque?

6 - Alors, peut- être celles qui ne travaillent pas, je trouve. L'alcool, alors là, l'alcool dans la maison, ça je pense que c'est vraiment à risque. Je pense à mes patientes, hein... Et puis celles qui ont eu une enfance difficile, dont on sait que l'enfance, soit il y a eu des incestes, soit il y a eu des coups de la part des parents, enfin, voilà. Si on sait ça, on sait que le couple, derrière ne sera peut- être pas facile... Elles reproduisent un peu les choses, quoi.

Q - D'accord. Donc, vous, quand vous avez une femme en face de vous, quels sont les symptômes ou les motifs de consultation qui vont vous faire enquêter là-dessus?

7 - Alors, les symptômes, je vous dis, tout ce qui est douleur, les douleurs qui ne se rapportent pas....les douleurs psychosomatiques, on va dire, ..., tout ce qui revient, ce qui est répétitif et sur lequel on n'arrive pas à mettre un diagnostic vraiment précis : les céphalées, les douleurs abdo, les ... Qu'est-ce que je peux vous dire d'autre ?.... Même les lombo-sciatiques, les choses qui reviennent à répétition. Après, les choses visibles, c'est-à-dire les hématomes, c'est ce que je vous disais. Enfin, je ne sais pas, les points de suture, les choses que l'on peut arriver à faire, et puis les pleurs, les pleurs, quand elles arrivent en pleurs, on peut quand même se poser des questions.

Q - A quel moment de la consultation vous allez aborder le sujet ?

8 - Eh ben, assez vite. Moi, je pense que je leur pose assez rapidement la question du couple, de leur vie familiale, de leur vie - j'entoure ça de la vie professionnelle - mais je leur pose la question, surtout de leur vie familiale.

Q - Vous posez une question plutôt générale ?

9 - Oui, oui, « comment ça va dans la vie familiale ? Vos enfants ? Votre mari ? Qu'est ce qui se passe avec eux ? » Voilà.

Q - Ca vous arrive de poser des questions plus directes, plus précises ?

10 - Eh, oui, ça m'arrive. Ca m'arrive quand je commence à suspecter franchement les choses, je suis assez directe, oui.

Q - Et là vous posez quoi comme genre de question ?

10 bis - Je dis: « est-ce que ça vous arrive d'avoir eu des violences de la part de votre mari, qu'elles soient physiques ou verbales ? »

Q - Et comment réagissent les femmes, quand vous posez cette question?

11 - Elles disent oui ou non. En général, elles ne se renferment pas. Ou elles mentent, pour ne pas que ça se sache, je pense, ou elles disent, elles s'ouvrent. Mais, ça peut se faire au bout de plusieurs consultations, c'est pas évident que ce soit d'emblée.

Q - Qu'est-ce que vous pensez du questionnement systématique ? Est-ce que vous le pratiquez ?

12 - Non, je ne le ferais pas. Enfin, systématique devant toute douleur, vous voulez dire ?

Devant quoi ?

Q - Systématique, dans l'absolu, c'est même devant chaque patiente.

12 bis - Non, je trouve que ça peut être gênant.

Q - Pourquoi?

13 - Euh... parce que, enfin, je trouve que ce n'est pas à propos, si vous voulez. Euh.... ça peut choquer, je pense, quelqu'un qui est sain et qui n'a pas de violence –enfin, vous voyez ce que je veux dire- ça peut rentrer dans une intimité qui n'a pas lieu d'être, enfin, je trouve.

Q - Mais par contre, devant, effectivement, tous les tableaux dont vous parliez tout à l'heure.

14 - Alors là, sans problèmes, sans problèmes.

Q - Là, vous le faites.

14 bis - Sans problèmes.

Q - Pour vous, quel est le rôle du médecin généraliste face aux violences conjugales?

15 - Ben, je pense qu'il est très important parce qu'on est quand même le maillon entre tous les spécialistes et c'est nous qui leur indiquons les premières démarches à faire, éventuellement. En tout cas, c'est nous qui sommes là en cas de coup dur. S'il y a des points à faire, c'est nous, enfin, je veux dire, je pense que l'on est quand même à la base de leur processus, peut-être, de se dire « il y a quelque chose qui se passe et je peux faire quelque chose ». Sans vouloir me vanter sur le rôle du généraliste, je pense que c'est quand même nous qui sommes là, quoi. Pour initier une démarche, après, on leur donne les billes, après, elles font ce qu'elles veulent. En tout cas, on leur permet de se poser la question, de se dire : « Est-ce que je peux réagir ? » Et « Comment je peux réagir ? »

Q - Est-ce que vous vous sentez à l'aise pour prendre en charge ce genre de problème ?

16 - Peut- être que je ne sais pas assez de choses sur les associations, toutes les associations qui existent sur l'Isère, ça je pense. Moi, j'envoie volontiers soit au planning familial - conseillers conjugaux - soit au CMP (centre médico-psychologique) à Voiron, au centre Charles Béraudier, enfin, je reste assez "locale", quoi, si vous voulez. Voilà. Après, il y a tous les numéros, SOS Violences aux femmes et tout ça, mais je pense qu'une prise en charge individualisée avec quelqu'un, c'est quand même très important dès le départ, voyez. Il ne faut pas que ça reste trop dans le flou.

Q – Vous, vous adressez à des personnes assez précises et est-ce que vous connaissez un petit peu ce qui peut suivre derrière : les procédures judiciaires,.... ?

17 - Alors je leur dis toujours d'aller voir un avocat, assez vite, hein, voilà, pour savoir quels sont leurs… Et l'assistante sociale. Là, je pense à une dame qui est victime de violences par son mari alcoolique. Je lui dis : « Vous allez à Saint Etienne de Crossey, vous prenez votre rendez-vous avec l'assistante sociale et vous voyez ce que vous avez comme revenus, elle vous fait voir un petit peu ce à quoi vous avez droit et ce à quoi vous pouvez prétendre pour vivre ». J'essaie d'être concrète, parce que c'est ça qu'elles veulent, et c'est comme ça qu'elles s'en sortiront, quoi. Donc voilà, je vous dis assistante sociale, et puis avocat, je leur dis, par la même occasion, vous allez voir un avocat et voir comment vous pouvez, légalement, vous séparer, quoi. Au niveau de la maison...voilà, quoi.

Q - Si jamais il y a une prise en charge à faire en urgence, un enjeu vital pour la patiente, comment vous gérez les choses ?

18 - Euh, ben je l'envoie aux urgences, je pense, euh.... oui, je lui fais comprendre qu'elle est en danger et qu'il serait bien qu'elle se repose un petit peu loin de son mari, quoi, en l'occurrence. C'est toujours difficile parce que soit elles n'acceptent pas - c'est difficile de leur faire admettre l'urgence. Voilà, ça c'est très difficile. Mais.....Ou alors, je leur dis d'aller se reposer, je ne sais pas...chez leur fille, des gens proches, des amis, chez qui elles peuvent un peu prendre du recul, quoi. Voilà. Après, s'il y a un risque vital, je ne sais pas, un traumatisme crânien ou un truc comme ça, c'est les urgences. Là, c'est un autre problème.

Q - Est-ce que vous pourriez me raconter une situation de violences conjugales qui vous aurait particulièrement marquée et me dire un petit peu ce que vous avez ressenti, comment ça s'est passé ?

19 - Alors, je pense à une dame, qui d'ailleurs n'est plus au cabinet, donc j'en parle très librement, parce qu'elle a déménagé, hein, du coup. Donc, c'est une dame qui était connue sur Crossey, parce que mari avec une petite boîte, donc tout avait l'air d'être clean, je voyais ses enfants, elle, à domicile, etc. Donc, je n'avais aucune suspicion de violence. Jusqu'au jour où elle a pris du poids, je la sentais pas bien, dépressive plus ou moins, euh... Ca se passait mal au niveau des affaires de son mari - c'était une histoire de famille, une petite boîte familiale, ça se passait mal avec le beau-frère, la belle-sœur, enfin bon. J'avais attribué son syndrome dépressif un peu à ces soucis, on va dire, professionnels, quoi. Et puis, je la revoyais, je la revoyais, et puis je me disais : « il y a peut-être autre chose », mais franchement je n'ai pas pensé qu'il pouvait y avoir de la violence, parce qu'elle n'avait aucun signe physique, etc. Et en fait, je l'ai traitée pour un syndrome dépressif, je me suis dit, elle est surmenée, elle a trois enfants, voilà, elle n'en peut plus, les soucis avec le mari. Et des années après, les enfants ont grandi, et c'est un de ses fils qui est venu me voir en me disant : « Vous savez, ma maman, ça ne va pas du tout avec mon papa et ça fait des années que ça dure. » Alors là, je vais vous dire que j'étais mal, parce que je me suis dit : « Flûte, je n'ai rien vu, quoi, je n'ai rien vu ». Et donc, il m'a dit : « Moi, je ne la laisserais pas comme ça, ça ne peut pas durer, elle s'enferme là-dedans, etc ». Alors, je lui ai dit : "Ecoute, il faut que ta maman revienne me voir". Et donc, euh..., je ne sais pas, je l'ai rappelée, enfin j'ai fait quelque chose, hein. Elle est revenue et puis elle m'a dit quelque chose. Elle m'a dit : " Je pense que vous saviez, je pensais que vous saviez". Alors, je lui ai dit : " Ben non, parce que je pense que je vous en aurais parlé, et puis on aurait peut-être instauré des choses, enfin, voilà, j'aurais réagi plus vite, en tout cas et pas si longtemps après". Alors là, du coup, on a parlé, si vous voulez, et elle a fini par partir de chez elle, aller chez ses parents, parce qu'elle m'a dit : " C'était très difficile de faire autrement, j'avais pas un sou à moi vraiment", ... alors qu'elle travaillait dans la boîte. C'est une très bonne commerçante donc, finalement, je sais qu'elle a retrouvé un travail de vendeuse dans un magasin, d'abord d'habits puis après de chaussures. Enfin, elle a repris un appartement, elle habite Voiron, enfin elle a refait sa vie. Voilà, mais c'est passé, elle, par l'étape de retourner chez ses parents parce qu'elle m'a dit :" Je ne savais pas où aller, et puis tout ce qu'on vous dit - elle me l'a dit texto - tout ce qu'on vous dit à la télé, les aides pour...., les foyers-logements intermédiaires pour loger, moi, j'avais trois enfants sur le dos, je ne savais pas comment faire", etc... Donc voilà, ça s'est passé comme ça. Et ça, je n'ai rien vu et je m'en suis voulu tout le temps, parce que vraiment, je me suis dit que, ben, je n'avais pas fait mon boulot, quoi. Voilà.

Q - Vous vous sentiez coupable ?

19 bis - Ben oui, parce que je trouve que j'aurais pu agir plus vite, si vous voulez, pour elle, et elle a souffert sûrement, cette femme, des années, quoi. Voilà, enfin, elle s'en est sortie, elle a fait ses démarches et elle m'a dit : "Vous ne vous en êtes pas rendu compte, mais vous m'avez soutenue quand même". De par son syndrome dépressif, quoi, je lui posais quand même des questions et elle a jamais osé me le dire, voyez, et moi, je n'ai pas posé de questions, effectivement comme vous dites systématiques, voilà. Je n'y ai pas cru, en tout cas, ça ne m'est pas venu à l'idée.

Q - Ca, c'était il y a combien de temps à peu près?

20 - Ca fait bien cinq, six ans maintenant.

Q - A la suite de ça, vous avez un peu modifié votre questionnement ?

21 - Alors, je suis peut- être plus vigilante sur les syndromes dépressifs, justement, oui. Oui, je creuse plus au niveau familial.

Q - Est-ce que vous vous rappelez de la première fois où vous avez eu à prendre en charge une patiente qui était victime, ou l'une des premières fois... ?

22 - Je pense, oui. C'est une vieille patiente, que j'ai depuis longtemps, alors, elle, qui ne veut rien faire. Euh, je pense que c'est plus une violence verbale que physique, et puis c'est une dame qui se pose un peu en victime, si vous voulez, donc c'est un peu... Elle ne veut pas s'en sortir vraiment donc,...voyez, il y a ça, aussi, dans la violence, il y a .... C'est quand même particulier au niveau du profil des femmes, de ces femmes-là, je ne dis pas toutes, mais je pense à celle-ci. Donc, c'est une dame qui est épileptique quand même, qui travaille à l'école et qui faisait crise d'épilepsie sur crise d'épilepsie et qui dormait mal, enfin, etc. Et puis, bon, ben je l'interroge de façon approfondie. Effectivement, je me rends compte que, voilà, surtout des violences verbales, qu'elle se met en position financière de financer le prêt de la maison et qu'elle n'a rien d'autre, et que tout son salaire passe là-dedans, donc elle n'a aucune indépendance financière, euh... Qu'est-ce que je peux vous dire d'autre ? Que les enfants, ben elle a voulu les protéger, donc elle est restée. Voilà, c'est souvent un argument. Et voilà, elle travaillait pour sortir un petit peu aussi de son milieu familial, je pense. Il y avait un peu d'alcoolisme de la part du mari. Je dis « il y avait », parce que maintenant, il n'y a plus. Voilà. Alors là, je lui ai dit et redit cent fois, je l'ai envoyée voir un psychologue, je l'ai envoyée voir une conseillère familiale. Enfin, je lui ai dit d'aller voir l'assistante sociale, pareil. Je lui ai dit : « Allez voir l'avocat ». Enfin voilà, là je lui ai dit tous les conseils que je pouvais lui donner. Elle n'a rien fait, ça fait dix-huit ans que ça dure. Bon, je me dis, quelque part, on ne peut pas aider les gens qui ne veulent pas se faire aider.

Q - Vous avez un peu un sentiment d'impuissance dans ce cas-là ?

23 - Non, dans ce cas-là, non, j'ai le sentiment d'avoir fait mon boulot et que les gens se prennent en charge, s'ils veulent, au bout d'un moment, voilà.

Q - Vous pensez que c'est souvent quelque chose de long effectivement...

24 - Oui, mais là, à chaque consultation, elle revient un petit peu avec son leitmotiv : " Je suis victime", et bon, je lui dis, je suis très franche avec elle, je lui dis : "Ecoutez, Madame, vous savez ce que j'en pense, il faut partir ». Voilà, donc, et puis, elle reconnaît, elle me dit : "Je sais, je n'ai pas la force de le faire", voilà, bon.

Q - On va essayer de revenir un petit peu sur ce qui peut constituer un frein, un obstacle au dépistage, pour le médecin généraliste. A votre avis, qu'est-ce qui est le plus bloquant ?

25 - Le plus bloquant ? Je pense que l'essentiel c'est d'y penser, voilà, c'est que nous, on se pose la question, finalement, devant toute pathologie qui traîne chez une femme. Moi, je pense que c'est ça la clé du ....Bloquant, moi, je n'ai pas de blocage, hein, s'il faut en parler, j'en parle, voyez. Mais je crois, que c'est à nous, en tant que médecins, de se dire :" Ah tiens, là, il faut que je pense à ça !". Voilà, c'est faire un diagnostic, quoi, en fait, le problème c'est ça.

Q - Et à votre avis, pourquoi on n'y pense pas assez ?

25 bis - Alors oui, parce qu'elles ne se plaignent pas d'abord, en premier lieu, hein, ça c'est sûr, elles.... Aucune femme, je pense, ne vient dire ça, enfin… consulte pour un certificat de coups et blessures, voilà, ça c'est le cas. Mais, dans nos clientèles, je pense, qu'on voit et qu'on revoit de façon un peu chronique pour des pathologies autres, heu... c'est rare les femmes qui s'en plaignent directement. C'est toujours un diagnostic à faire. C'est un diagnostic, moi je crois qu'il faut le voir comme ça.

Q - Qu'est-ce qui pourrait aider pour qu'on y pense?

26 - Qu'est-ce qui pourrait nous aider en tant que généralistes? Je ne sais pas, il faudrait que vous réfléchissiez à ça. Euh.... Est-ce qu'il y aurait des questionnaires à faire systématiquement.....? Mais encore une fois, je pense qu'il faut cibler la répétition, quoi, des maux, enfin des maux, m. a. u. x, voilà. Après, je ne vois pas comment vous pouvez aider plus, si ce n'est par des questions bien précises, mais je crois qu'il ne faut pas tourner autour du pot, à un moment donné, il faut poser la question : « Est-ce que vous subissez des violences, qu'elles soient verbales, qu'elles soient physiques, qu'elles soient financières, qu'elles soient...? » Voilà.

Q - Est-ce que pour vous, il peut y avoir une difficulté émotionnelle à aborder ce sujet-là?

27 - Non, non, pas du tout. Franchement, je ne pense pas, ça ne me gêne pas de parler de ça. Après, je respecte la femme, c'est-à-dire que si je sens que c'est trop lourd pour elle d'en parler tout de suite, là, à cette consultation-là, je me dis : "Tiens, je garde ça dans ma tête et puis j'y reviendrai la fois d'après". Vous voyez ce que je veux dire, hein. Et je lui dis : " Vous revenez me voir", avec un prétexte, je ne sais pas, contrôler votre tension, etc.

Q - Est-ce que vous avez parfois du mal à gérer ce genre de consultation ? Quand le sujet va être abordé ?

28 - Je n'ai pas l'impression, je n'ai pas l'impression que j'ai du mal à gérer ça. Encore une fois, le problème est de le diagnostiquer. Voilà. C'est plus ça, le problème, pour moi. Là, je vous ai donné le premier exemple, le problème, il était là.

Q - Est-ce que ça vous est arrivé d'avoir des femmes qui vont se plaindre de violence et pour lesquelles vous douteriez ? Parce que, peut être, contexte de divorce, de garde d'enfants, de choses comme ça.

29 - Vous voulez dire de douter de la parole de la femme ? Euh.... je réfléchis aux cas. Non, je n'ai pas vraiment douté de ce qu'elles me disaient.

Après, de reconnaître une espèce de - ce que je vous disais tout à l'heure de ma deuxième patiente - de se dire, elle se pose en victime, et elle a une attitude de victime, qui fait que son mari en rajoute sûrement, vous voyez ce que je veux dire, c'est plutôt ça qui me gêne, si vous voulez, c'est que j'ai envie de leur dire :" Il ne tient qu'à vous de changer votre vie", voilà. Et je leur dis comment ? Enfin, c'est prétentieux de dire ça, je leur dis, enfin j'essaie de leur donner les billes pour, voilà.

Q - Donc, un rôle de starter.

29 bis - De starter, voilà, j'espère avoir ce rôle là. Après, je ne l'ai pas sûrement tout le temps, la preuve. Mais en tout cas, c'est ce que je veux faire. Mais, mettre en doute la parole, non, je ne pense pas.

Q - Pour terminer cet entretien, à votre avis, est-ce qu'il y a des choses à faire pour améliorer justement le dépistage par les médecins généralistes, est-ce qu'il y a besoin de formation, est-ce que il y a besoin d'autre chose....?

30 - Peut être, peut être, oui, peut-être des formations. Euh, oui, il faudrait nous dire plus dans quelles circonstances y penser, voyez, je pense à cette femme-là, oui, peut-être plus et puis, je ne sais pas, refaire des campagnes, mais alors pas dire que des statistiques, parce que ce qu'on a entendu à la télé et à la radio, c'est des statistiques qui font peur, et puis alors après, qu'est-ce qu'on en fait, de ça ? Ca ne sert à rien, on fait peur aux gens. Il faut donner des numéros. Mais il y avait quand même « appeler le tant ». Je pense qu'on aide les gens si on leur donne des petits instruments pour aller plus loin.

Q - Est-ce que vous avez suivi des formations au niveau de la formation initiale ou complémentaire?

31 - Non, alors là, j'avoue que non, pas là-dessus.

Q - Ca vous intéresserait ?

32 - Oui, pourquoi pas, pourquoi pas ?

Q - Et donc qui seraient ciblées plutôt sur quoi ? Ce qui vous intéresserait ?

33 - Alors dépistage sûrement, et puis prise en charge, quand même, avoir des choses concrètes, encore une fois, c'est-à-dire des adresses, je ne sais pas, les avocats qui s'occupent plus de ça, voyez, des choses concrètes, parce que moi le blabla ça me… Du pratique, voilà, pour qu'une femme qui sorte d'une consultation avec nous se retrouve avec un papier en disant :" Je peux appeler telle et telle personne".

Q - On va juste revenir pour une question complémentaire à ce que l'on disait tout à l'heure sur le dépistage systématique. Est-ce que c'est quelque chose que vous pourriez inclure par exemple dans le cadre d'une nouvelle patiente ?

34 - Je ne pense pas. Ca me gêne, pour le coup, je suis gênée.

Q - Encore plus qu'avec des patientes que vous connaissez ?

34 bis - Oui, oui, moi, j'ai besoin de me faire mon opinion sur les gens que j'ai en face de moi, si vous voulez. Après, on prend l'habitude un petit peu, et je pense avoir un jugement pas trop mauvais là-dessus, donc, encore une fois, je trouve que c'est rentrer dans une intimité que je ne veux pas, en tout cas dès la première consultation. Ca, c'est non.

Q - D'accord, et sinon qu'est-ce que vous penseriez d'une consultation dédiée aux violences conjugales, qui pourrait être ...

35 - Alors ailleurs.

Q - Oui, voilà, au sein de l'hôpital, au sein du planning, des choses comme ça.

35 bis - Alors oui, ça ce serait bien. Vous me donnez le nom, l'adresse, les heures de consult, il n'y a pas de problème.

Q - Vous pensez que les femmes iraient facilement dans un lieu comme ça ?

36 - Je pense que si on leur donne des choses précises, peut-être qu'elles iraient. Oui, oui.

Q - Est-ce que c'est un sujet que vous avez déjà abordé avec vos collègues, peut-être en groupe de pairs, ou là, comme vous travaillez en groupe ?

37 – Avec X, oui, sans problème, oui.

Q - Vous avez peut-être des patients ou des familles en commun. Ca vous arrive ?

37 bis - Bien sûr, oui, même la deuxième patiente dont je vous parlais, épileptique, c'était Monsieur Y qui la suivait avant, il était parfaitement au courant de son problème de couple, donc il m'en a parlé et il m'a dit : " Moi, je ne sais plus que faire, donc vois si tu peux faire mieux". Donc, voilà, je veux dire, c'est un problème ancien, voyez, voilà, que l'on n'est pas arrivé à résoudre, ni l'un ni l'autre.

Q - Est-ce que vous auriez encore quelque chose à ajouter sur ce sujet ?

38 - Euh.... non, je pense qu'il faut qu'on se penche effectivement plus dessus et qu'on essaie de mieux le diagnostiquer, voilà, moi, c'est ça mon opinion. Parce que quand on dit « une femme sur trois », je me suis dit : "C'est pas possible, dans ma clientèle, je dois en avoir plus", vous voyez, quand j'ai entendu ces statistiques, "je dois en avoir plus et alors je passe à côté". Voilà, donc, effectivement, je pense que le diagnostic est drôlement important. Donc, le dépistage.

Q - Et est-ce qu'il vous arrive d'essayer de dépister des conjoints violents ? Quand vous avez des hommes en face de vous et peut-être dans des contextes un peu.....

39 - Oui, alors c'est plus facile, je dirais, presque, parce que, les hommes d'abord ne viennent pas facilement, alors, s'ils viennent, c'est qu'il y a un problème, quand même. Et si c'est l'alcool, s'il y a des addictions, des problèmes au travail...voilà, c'est des choses qui se répètent un peu, là oui. Je trouve que c'est plus facile, à la limite, voyez.

Q - Vous aborder comment le sujet dans ce cas-là?

40 - Je leur demande : "Est-ce que ça vous arrive d'avoir des accès de violence, est-ce que vous vous rendez compte que vous pouvez l'être, voyez, sous l'emprise de l'alcool.... ?". Déjà, s'ils viennent, je pense que c'est qu'ils acceptent un certain nombre de choses, voyez, enfin d'entendre un certain nombre de choses. Voilà.

Q - Très bien, eh bien, merci beaucoup.

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P5

Q - A votre avis, dans votre patientèle, quelle est l'importance des violences conjugales ?

1 - En pourcentage.... ça paraît difficile à estimer. Moi, j'ai une patientèle qui est très âgée, en général, je vois peu de femmes jeunes en dessous de la cinquantaine, donc, j'ai vent de violences qui ont été faites a des femmes, mais plutôt par le passé. Je ne sais pas, moi j'aurais dit 10%, sur des femmes âgées, oui, 10%.

Q - Vous estimez dans votre patientèle spécifique.

1 bis - Oui.

Q - Vous avez des patientes qui se confient à vous spontanément ?

2 - Oui, qui en parlent effectivement.

Q - Plus de choses qui ont été que de choses qui sont.

3 - Tout à fait. Plus de choses qui se sont passées auparavant. Je vois souvent, moi, des femmes qui sont veuves, en fait, ou alors je fais des couples âgés, des couples qui se sont un peu stabilisés, donc oui, effectivement, plutôt des choses qui se sont passées auparavant.

Q - Et des gens qui se confient pour des choses au moment où ça se passe? Il y en a beaucoup moins ?

4 - Au moment où ça se passe, j'en ai beaucoup moins, effectivement, mais j'ai l'impression qu'à un âge avancé, j'en entends moins parler, en fait, peut-être qu'il y en a moins, je ne sais pas, je suppose qu'il y en a moins dans un couple qui avance dans l'âge. J'ai deux patientes plutôt jeunes, la quarantaine, qui m'ont parlé de violences, effectivement, dans l'année qui a précédé.

Q - D'accord. Et en termes de répercussion sur la santé des femmes victimes, à votre avis, qu'est-ce que l'on trouve ?

5 - Moi, je pense aux deux femmes qui m'en ont parlé, qui sont jeunes. C'est un gros traumatisme, à la fois psychologique, et puis social, financier et puis une grande détresse, effectivement, oui. Parce qu'elles envisagent de quitter leur mari, et que c'est pas si simple que ça, en étant des fois un peu dépendantes financièrement, de pouvoir assumer ces choix.

Q – Donc, plus des conséquences...

5 bis - Des conséquences psychologiques importantes, bien sûr, et puis financières aussi, importantes.

Q - Et au niveau plus somatique, est-ce que vous faites le lien ?

5 ter - Non.

Q - A votre avis, quelle est la place du médecin généraliste face aux violences conjugales? Quel est son rôle ?

6 - Face aux violences conjugales, c'est un rôle de conseil, un rôle de phare, pouvoir orienter, un peu comme pas mal d'autres maladies, et pas mal d'autres problèmes, c'est de pouvoir orienter, oui. Un peu comme une bouée de sauvetage.

Q - Orienter vers qui ?

7 - Orienter vers les associations, ou on nous demande de donner des conseils de temps en temps, effectivement.

Q - A part orienter, est-ce que vous vous investissez plus dans la prise en charge ? Jusqu'où vous allez, comment ça se passe, quand une femme va venir vous en parler ?

8 - A part l'orientation, il n'y a pas de prise en charge autre, si ce n'est un jour, s'il y avait des sévices importants, on interviendrait au niveau médical, mais non, à part l'orientation, non. Il n'y a pas d'autre intervention.

Q - Vous vous sentez à l'aise pour prendre en charge....?

9 - Pas du tout.

Q – Pourquoi ?

10 - Parce que... Bonne question, je ne me sens pas à l'aise parce que c'est quelque chose que je ne manie pas. Je me sens à l'aise avec les choses que je manie quotidiennement, en fait, couramment. C'est des choses que l'on voit peu souvent et pour lesquelles on est démuni.

11 - Ca m'est arrivé, une fois, de vouloir intervenir directement, et je me suis aperçu qu'on est complètement impuissant, en fait, dans certaines situations. Une fois, il y a une dame qui est arrivée à notre cabinet, on est un cabinet de groupe, que je ne connaissais pas, et qui est arrivée complètement affolée en disant : « Mon conjoint, mon ami, mon mari me poursuit ». Elle avait un enfant dans les bras, en disant : « Il va me frapper, je suis désemparée, il faut faire quelque chose ». Même en appelant la police, en appelant les pompiers, en appelant tout ce qui pouvait bouger pour protéger une femme, physiquement, il ne s'est rien passé, la police a refusé de se déplacer.

Q - Comment vous avez fait, alors ?

11 bis - Eh bien, elle est repartie. Je ne voulais pas qu'elle reparte du cabinet, au bout d'une vingtaine de minutes, elle a décidé de repartir en disant que son ami qui la suivait avait dû repartir. Au bout d'une vingtaine de minutes, elle est partie d'elle-même, oui. Mais j'avoue que c'était une situation qui était insoluble. Je n'arrivais pas à trouver une solution à ce genre de chose. Je me sens très, très mal à l'aise, oui.

Q - Parce qu'il vous manque les clés.....

12 - Il me manque les clés, il me manque l'habitude, il me manque... oui, effectivement, oui.

Q - Là, vous dites, orienter vers des associations, des choses comme ça, vous les connaissez, les associations ?

13 - J'ai toujours un papier dans un tiroir, au fond d'un tiroir, une association S O S Femmes Battues que je ressors toujours pour donner ce numéro de téléphone, mais je ne les connais pas, ces associations. J'avais reçu ça, c'était dans un envoi du conseil général ou de la préfecture. Il y avait des numéros de téléphone pour les femmes battues.

Q - Vous ne les avez jamais rencontrées, vous n'êtes jamais allé voir....

14 - Non.

Q - Actuellement, est-ce que vous pratiquez le dépistage de ces femmes ?

15 - Non, je fais pas mal de gériatrie, moi, donc, on voit souvent des gens seuls, la vie en couple chez des gens de quatre-vingt-cinq ans, c'est relativement rare, maintenant. En général, les gens sont seuls en institution, donc le problème vital ne se pose plus dans ces termes-là. Du dépistage chez les femmes jeunes, non, je ne le fais pas, sauf si spontanément elles m'en parlent. Ce n'est pas vraiment un dépistage.

Q - Il n'y a pas des cas particulier où vous allez vous dire : « Ah ! » et puis peut-être poser la question ?

16 - Non, enfin, je n'ai jamais rencontré d'occasion de le faire. Non.

Q - Et, à votre avis, est-ce qu'il y a un type de femme ou une catégorie plus à risque qu'une d'autre ?

17 - J'ai eu des patients qui étaient toxicomanes, alcooliques, effectivement, ça se passait souvent très très mal avec leurs conjoints, très très mal parce que, effectivement, souvent, elles tombaient entre de mauvaises mains. Mais à part ces deux-trois patientes dont je me rappelle, les autres, non, ça ne représentait pas une classe sociale. Là, récemment, j'ai vu une infirmière mariée avec un gendarme, donc... voilà, pas de classe sociale particulière, non.

Q - Du coup, vous n'avez jamais pensé à poser la question de manière un peu systématique, à toutes les femmes assez jeunes que vous voyez, pour sonder un peu, comme ça ?

18 - Il m'arrive de poser la question : « Comment ça se passe en couple ? », non pas pour rechercher des violences conjugales, mais pour voir s'il n'y aurait pas une conjugopathie qui pourrait expliquer certains troubles anxieux. Poser spécifiquement la question de la violence conjugale, non, je ne le fais pas. Parce que je n'y pense pas, en fait. Et puis parce que j'ouvre quand même une porte en demandant comment ça va dans le couple. Non, je n'y pense pas autrement.

Q - Les femmes auxquelles vous pensiez, c'est des femmes que vous suiviez depuis longtemps ?

19 – Lesquelles ?

Q - Les deux-trois femmes de quarante ans.

20 - Non, c'est des femmes que j'ai vues justement en urgence, un peu pour cette raison-là. Moi, j'ai quand même une grosse clientèle gériatrique et en fait, le temps de prendre rendez-vous avec moi, les gens.... Il se passe du temps avant d'avoir un rendez-vous, en général, c'est des gens sur lesquels je tombe dans le couloir, en fait, qui disent : « C'est très urgent, est-ce que vous pouvez me voir tout de suite ? »

Q - Ce n'est pas des gens que vous suivez ?

20 bis - Ce n'est pas des gens que je suis régulièrement.

21 - Il y a deux toxicomanes, anciennes toxicomanes, anciennes alcooliques que je suis régulièrement, qui ont eu ces problèmes-là et qui, de façon récurrente, avec leurs nouveaux

conjoints, ont des problèmes de violence, mais maintenant, elles sont blindées, elles savent comment faire et elles se débrouillent bien déjà. Elles ne sont pas dans la demande de conseil, elles sont dans le constat en disant : « Mon nouveau conjoint m'a battue, je l'ai laissé tomber ». Voilà, c'est plus là-dedans que dans la demande de conseil.

Q - A votre avis, qu'est-ce qui peut être un frein, un obstacle à dépister ces femmes, à poser la question? Pour le médecin généraliste, on va dire, en général.

22 - En général, je ne saurais pas, enfin je ne saurais pas dire par rapport aux autres, ce qui serait un frein. Moi, mes freins, effectivement, c'est quelque chose que l'on a du mal à aborder, parce que ça reste un tabou dans la société, quand même, et voilà, oui, on a du mal à aborder.

Q - Ca vous gène d'aborder ce sujet-là, vous ?

23 - Avec une femme que je saurais battue, non, ça ne me dérangerait pas. Demander à une femme dont j'ai l'intime conviction, ou on m'a dit qu'elle a été battue, lui poser la question, ça ne me dérangerait pas. Le demander à toutes les femmes qui passent, oui, ça me dérangerait.

Q – Pourquoi ?

24 - Parce que c'est dans le ressort de l'intimité et j'ai du mal à, j'aurais du mal à transgresser cette intimité, si volontairement les gens ne veulent pas s'ouvrir.

Q - Dans votre expérience par rapport aux femmes qui se sont confiées, quelles ont été vos difficultés, à ce moment-là ?

25 - Trouver une solution, oui, dans le cas de cette femme qui était venue de toute urgence avec son enfant, j'ai rien trouvé comme solution, la police n’a pas voulu se déranger en disant qu'il n'y avait pas eu de violence, donc ils n'avaient pas à intervenir, qu'ils ne viendraient que s’il y avait violence. Dans le reste des cas, ben, non, je pense que c'est une écoute attentive, une écoute attentive empathique qui peut permettre de résoudre des problèmes, effectivement.

Q - Oui, un deuxième rôle pour le médecin, c'est d'écouter... ?

26 - D'écouter, oui.

Q – Est-ce que vous avez trouvé que c'était des situations qui étaient peut-être difficile à gérer sur le plan émotionnel ?

27 - Euh, bien sûr, oui, c'est une grande souffrance morale pour la personne qui est en face, on se sent démuni parce qu’on ne sait pas quoi proposer. On se sent un peu inutile, en fait. On a un rôle de thérapeute, à donner à chaque fois une solution précise, médicamenteuse, à tout ce qui nous tombe sous la main, et là, c'est typiquement le cas où on n’a rien à proposer. Donc, on se sent démuni, dans ces cas-là, oui.

Q - Parce que vous manquez de choses à proposer derrière, justement ?

28 - Tout à fait, oui.

Q - Est-ce que ça vous est déjà arrivé d'avoir des patientes qui se confient à vous et pour lesquelles vous douteriez, parce que situation de divorce, avec demande de garde des enfants, ou de pathologie psychiatrique ou de....

29 - Non, je ne doute jamais, en fait, je ne doute jamais. Quand on me parle de violences, je ne doute jamais. Alors, quand on me parle de certificat, par contre je mets toujours les réserves obligatoires sur le certificat médical, mais vis-à-vis de la personne en souffrance devant moi, j'ai du mal à remettre en question ce qui se passe.

Q - Est-ce que vous avez en tête une situation particulière à nous raconter, peut-être une autre que celle de l'urgence de la dame qui était venue, mais une situation, une femme s'est confiée à vous: comment avez-vous réagi ? Qu'est-ce que vous avez fait ? Qu'est-ce que vous avez ressenti ?

30 - La situation la plus particulière que j'ai connue ? En fait, il n'y a pas énormément de situations, mais c'était quand j'étais étudiant, je remplaçais, donc il y a plus de vingt ans, vingt-cinq ans, je remplaçais dans un petit village de montagne, et j'avais reçu un coup de fil d'un médecin parisien qui m'avait appelé en me disant : « Vous ne me connaissez pas, je ne vous connais pas, je suis désemparé, ma sœur qui est dans le petit village où vous travaillez, son mari la bat, je ne sais pas quoi faire, trouvez une solution. Essayez de m'aider ». Je lui ai dit : « Ecoutez, moi, je ne peux rien faire dans ce cas-là ». Et donc, il m'avait dit : « Mais surtout, ne lui dites pas que c'est moi qui vous en ai parlé ». Histoire de me mettre dans le pétrin... Donc, j'étais avec ce truc-là, j'avais dit : « Ecoutez, moi, je ne peux rien faire, je suis remplaçant depuis une semaine, je ne la connais pas, je demanderai au médecin que je remplace de prendre en charge ceci, mais moi, je ne la connais pas, votre sœur ». Et en fait ça m'avait tellement tracassé que je l'avais appelée au téléphone, je l'ai cherchée sur l'annuaire, je l'ai appelée, je m'étais dit : « J'espère que je ne vais pas tomber sur le mari, parce qu'il va se demander pourquoi j'appelle », et j'étais tombé sur elle. Elle me dit : « Mais qu'est ce que vous me voulez ? », un peu agressive. Je lui ai dit : « Ecoutez, je suis désolé, on m'a dit que, actuellement, il y a quelque chose de grave chez vous, qu'il y a des violences qui sont faites, j'aimerais bien discuter avec vous ». Au départ, elle était un peu agressive, et puis elle était venue me voir, en fait en disant : « Mais qui est-ce qui vous a parlé de ça ? ». Je lui ai dit : « Je ne peux pas vous en parler, parce que la personne m'a fait promettre ». Alors, elle a dit : « c'est ma voisine ». Je lui ai dit : « Qu'importe que ce soit votre voisine ou quelqu'un d'autre, je crois que vous êtes dans une grande souffrance et qu'il faut trouver une solution ». Et elle avait parlé un peu, puis était repartie, et je l'avais revue quelques mois plus tard, en fait. Elle m'avait dit qu'elle avait quitté son mari, qu'elle l'avait laissé tomber, qu'elle avait refait sa vie et qu'elle me remerciait d'avoir appelé. Donc, voilà, c'est la situation la plus particulière...

Q - Donc, un bon souvenir pour vous ?

31 - Un bon souvenir pour moi, une bonne issue, dans une situation qui n'était pas facile d'emblée. Donc, oui, un bon souvenir, en sachant que la personne m'avait remercié en revenant.

Q - Finalement, ça a été le point de départ de sa réaction, à cette patiente...

32 - Tout à fait, oui. En fait, elle avait envisagé que c'était la voisine qui en avait parlé, que si la voisine en avait parlé, c'était qu'elle avait entendu, et que si elle avait entendu, c'était qu'il y avait des choses qui se savaient et qu'il fallait qu'elle réagisse maintenant.

Q - Donc, ça, c'était au début de votre carrière. Est-ce que, maintenant, par rapport à cette époque-là, vous vous sentez plus à l'aise sur le sujet ou toujours pareil ? Est-ce que vous avez fait des formations, des choses comme ça ?

33 - Non, je n'ai pas fait de formations, non. Je ne me sens pas plus à l'aise, c'est vraiment au cas par cas. Ce que je rencontre fréquemment maintenant, c'est des situations où des femmes âgées qui s'occupent de leurs maris qui sont grabataires me disent que leurs maris les ont battues quand ils étaient jeunes. Donc, là, il n'y a plus de situation où il faut intervenir. Il n'y a plus d'urgence, quoi.

Q - Il y a quand même de la souffrance pour que ces femmes en parlent encore.

34 - Il y a de la souffrance effectivement, il y a de la souffrance.

Q - Vous les écoutez ?

35 - Oui.

Q - Et à votre avis, qu'est-ce qui vous manque, qu'est-ce qui vous permettrait d'être plus à l'aise, on va dire, plus performant dans le dépistage ?

36 - Des réseaux, des réseaux, comme on peut avoir des réseaux de soins palliatifs, comme on peut avoir des réseaux d'insuffisance cardiaque. Effectivement, une équipe qui peut intervenir en réflexion, en aide, en soutien au patient, au médecin.

Q - Pour l'instant, vous n'en connaissez pas ?

37 - Non.

Q - Et au niveau formation, ça vous intéresserait, s’il y avait des formations sur ce sujet-là ?

38 - J'ai trois millions de formations à faire, donc ça ferait partie de la trois millionième formation sur la liste, oui. J'ai plein de choses à faire.

Q - Et sur quoi devraient être ciblées ces formations, pour vous être le plus utiles ?

39 - Sur l'aspect médico-légal, bien entendu, sur l'aspect médico-légal, sur l'aspect certificat, et sur l'aspect prise en charge sociale, aussi, énormément. Parce que ces patientes sont vraiment démunies. Si elles décident de se séparer de leur conjoint, elles sont vraiment démunies. Donc, oui, une formation sur ces deux aspects-là, médico-légal et social.

Q - Est-ce que ça vous est arrivé d'en parler avec d'autres professionnels, par exemple en groupe de pairs ou ce genre de chose ? Est-ce que vous avez déjà abordé ces sujets-là ?

40 - Je crois que l'on avait parlé en groupe de pairs d'une situation, mais pas d'une de mes situations, mais d'une situation d'un pair, il me semble qu'on en avait parlé. Voilà, on avait évoqué le sujet et personne n'avait trouvé de solution non plus, quoi.

Q - Vous aviez l'impression que tous étaient plus ou moins mal à l'aise avec ce sujet-là et démunis, un peu ? Il n'y a pas eu de solutions apportées, ou de choses comme ça ?

41 - Non, il n'y a pas eu de solutions plaquées sur des situations qui sont très individuelles.

Q - Qu'est-ce que vous pensez.... Vous m'avez dit l'intérêt d'un réseau. A votre avis, est-ce qu'il y aurait un intérêt à faire une consultation dédiée à la violence conjugale qui pourrait être à l'hôpital ou au sein du planning, du centre de planification, un lieu identifié ? Est-ce que vous pensez que c'est une bonne idée ou... ?

42 - Un lieu identifié, oui, tout à fait, avec le même principe que pour le réseau, finalement. Le planning familial qui jouerait ce rôle-là en ayant des consultations de femmes qui viendraient pour des violences, oui, bien sûr.

Q - Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter par rapport à ce questionnaire, à ce sujet ?

43 - Non, c'est toujours pour ajouter le fait que l'on soit aussi démuni devant des choses qui sont gravissimes, aussi peu formés en sortant de la fac, et noyés dans une montagne de choses à faire - tout ce que l'on a à faire en plus - il faudrait du temps, du temps... pour aborder le sujet, pour gérer ça plus efficacement peut-être. Moi, je n'hésite pas, quand je vois une dame comme ça, à lui redonner un rendez-vous rapide dans la semaine, parce que c'est vrai que c'est difficile de rester très longtemps, et puis ça permet de décanter, de redonner un rendez-vous rapide, donner quelque chose qui permette de désangoisser, éventuellement, s'il y a besoin, revoir la personne rapidement, pour savoir ce qu'elle a pu envisager dans l'urgence. Et puis, voilà, je pense qu'effectivement, on a besoin de temps, de formation, mais ça reste une situation grave, qui se noie parmi toutes les situations graves que l'on voit au cabinet. Entre les maltraitances des personnes âgées... Il y a plein de situations, entre les gens qui perdent leur boulot, qui sont harcelés par leur patron. Finalement, on voit plein de situations graves pour lesquelles on est vraiment démunis, quoi. Donc, ça fait partie d'une des situations graves pour lesquelles on n'a pas de solution particulière en urgence.

Q - Pour laquelle le médecin tout seul ne peut pas s'en sortir...

44 - Le médecin tout seul ne s'en sort pas, bien sûr. C'est le type même de la situation à la fois médicale, psycho-sociale aussi, donc, si on n’est pas groupés à plusieurs, c'est difficile d'avancer

Q - Je vous remercie pour votre participation.

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P6

Q- Première question assez générale. Dans votre patientèle, quelle est d'après vous la prévalence, l'importance des femmes qui subissent des violences conjugales ?

1 - Je n'ai pas trop d'idée là-dessus. En pourcentage, je n'en ai aucune idée. Je réfléchissais à des personnes concrètes que j'ai rencontrées, j'imagine, parce qu'il y en a qui m'en ont parlé plus ou moins, il y en a trois-quatre, il n'y en a pas beaucoup.

Q – Trois, quatre, c'est-à-dire par... ?

2 – Trois, quatre, point, des patientes.

Q – Depuis que vous exercez ici (2.5 ans) ?

3 - Oui, oui.

Q – Des patientes qui se sont confiées ?

4 – Plus ou moins, des patientes qui ont pu évoquer des situations…Ou je l'ai su par les collègues. C'est pas forcément les patientes qui m'en parlent, c'est parfois les collègues : « Tiens, on a repéré des violences ».

Q – Dans votre patientèle, c'est assez mixte ? Il y a autant d'hommes que de femmes ?

5 – Non, il y a beaucoup plus de femmes et d'enfants que d'hommes au centre. Entre autres, parce que c'est que des (médecins) femmes qui consultent. Donc, je pense qu'il y a des hommes qui ne veulent voir que des hommes, et qui viennent exceptionnellement autrement.

Q – Et en termes d'importance des violences conjugales sur la santé des patientes ? Est-ce que vous avez des idées ?

6 – C'est difficile, comme c'est très caché…Je n'ai pas de chiffre du tout.

7 – Si vous voulez connaître mes représentations……peut-être 20% toutes violences confondues et sans vouloir exagérer.

Q – Mais seules 4 se sont confiées ?

8 – Ben oui, parce que, d'abord, elles ne me connaissent pas beaucoup et je ne suis pas forcément leur médecin traitant. A mon avis, il faut du temps pour en parler ; moi ça ne me choque pas. En deux ans et demi, ça ne me choque pas du tout. Parler d'une situation d'humiliation, de maltraitance, de tout ça, c'est humiliant, donc on n'en parle pas à tout le monde.

Q – Est-ce que la campagne de 2010, vous vous en souvenez, ou pas spécialement?

9 – Oui, parce qu'il y a eu une enquête ici réalisée en 2010. Je ne savais pas que c'était national, mais au niveau de l'AGECSA, il y a eu un petit point d'insistance.

Q – Depuis 2010, est-ce que les patientes se confieraient plus ? Est-ce que les médecins feraient plus attention ?

10 – … Par rapport à 2010, moi j'ai évolué. J'ai démarré en décembre 2009, donc je venais de démarrer et j'ai participé à l'enquête sans état d'âme. Et en 2011, ils demandaient de faire la même enquête, et j'ai trouvé ça plus compliqué. Parce que d'une part je n'étais pas bien sûr d'avoir une réponse à apporter à ces femmes, de savoir gérer. Et d'autre part, je trouvais ça assez intrusif.

Autant, en 2010, je ne les connaissais pas, de loin, ça ne me dérangeait pas. Autant en 2011 où je commençais à mieux cerner mes patients et à mieux voir celles qui osent, celles qui n'osent pas, à quel point ça peut être intrusif ou pas ; je trouvais ça plus difficile pour moi. Donc, j'ai plus ou moins escamoté l'enquête. C'est vrai…

Q – En tant que médecin généraliste, c'est quoi notre rôle par rapport à des femmes qui subissent des violences conjugales ? En termes de dépistage par exemple ? Et de prise en charge ?

11 – Oui parce qu'il ne suffit pas de dépister.

Moi, je pense que le 1er rôle, c'est de montrer que ça vaut le coup d'en parler au médecin généraliste. Convaincre les patientes que ça peut être intéressant d'en parler. Parce qu'après, on n'a pas forcément de solution. En tous cas, de solutions pour les préserver d'autres violences.

Il y en a une que j'ai vue 3-4 fois pour des mésusages de benzodiazépines, et en fait c'est son ex qui est toujours plus ou moins dans le quartier, qui lui met toujours plus ou moins la pression. Ca n'explique pas tout du mésusage, mais c'est quelque chose d'important. Elle, c'est une personnalité fragile.

Elle vient pour sa prescription de médicaments, euh… une fois qu'elle m'a dit ça, bon, ben…qu'est-ce que tu veux que je te dise ! Bon, ben, il y a des associations, est-ce que vous les connaissez bien ? Est-ce que vous y êtes allée ? Qu'est-ce que ça vous a fait ? Ça fait un ou deux mois que je ne l'ai pas revue. Elle donne l'impression d'être encore complètement écrasée à subir cette circonstance, alors que ce n'est pas une violence au foyer, mais entre ex autour de son enfant. Une violence inadmissible, pour le coup. Autant des fois, on ne sait pas qui fait quoi, autant là, ça a l'air largement subi, que dans un sens, avec un ex qui s'octroie largement trop de pouvoir.

Et en même temps, des difficultés elle, à lui montrer qu'elle devrait consulter plus souvent, qu'elle s'entoure. Moi je dis, les violences, c'est pas nous qui serons en mesure de les arrêter. Elle a déjà été à la police, le gars a déjà été emprisonné et il continue.

Donc, à un moment, il y a des moyens qui montrent leur insuffisance et il faut essayer plutôt de consolider la patiente, lui donner plus de force de gérer les choses autrement. Mais si elle ne vient pas ou pas assez régulièrement, si elle est trop instable…ben voilà, voilà…

Moi, je dirais, la première chose, c'est effectivement autour de cette relation qui peut se tisser avec la patiente ; donc qui se tisse individuellement. Ce n'est pas tous les médecins qui peuvent le faire. S'il y a un autre médecin, ça peut être l'autre médecin qui est à privilégier. S'il n'y a personne, faut essayer de nouer un lien de confiance. Mais un lien de confiance…Cette patiente, la première fois que je l'ai vue, c'est en décembre ou en janvier, donc on ne peut pas imaginer que ça se fasse comme ça. Ca peut mettre un an, deux ans, trois ans…

Q – Dans quelles circonstances vous abordez le problème des violences conjugales avec une patiente ? Devant quel motif de consultation, devant quel tableau clinique…?

12 – Donc, moi, je n'en parle pas spontanément. Parce que les patientes que je suis régulièrement…je ne me pose pas cette question-là pour elles. Voilà…J'estime que j'aurais le droit de poser la question systématiquement à mes patientes qui m'ont repéré, avec qui il s'est passé quelque chose, et pour ces gens-là le problème n'est pas d'actualité. Pour les autres… je trouve ça plus compliqué.

Les circonstances où je m'autorise quelque chose, c'est quand j'ai l'impression qu'il y a des effets secondaires, du style un syndrome anxieux, un syndrome dépressif, un mésusage médicamenteux, des coups portés.

Je me rappelle une Rom qui était venue avec plein de bleus partout. Je lui avais tendu la perche. Je lui avais dit : « Est-ce qu'il y a de la violence à la maison ? ». Sur le coup elle m'avait dit non. Donc, des circonstances particulières, des blessures sur le corps, ou des ….. Un patient qui vient avec des plaintes psychologiques. Et en explorant on se permet de dire : « Est-ce qu'il y a des choses qui vous déstabilisent ? »

Q – La question en systématique, vous en pensez quoi ?

13 – Je pense qu'elle est…..Je ne suis pas du tout à l'aise avec ça…Je ne suis pas à l'aise, je pense que ça ne sert à rien. Et je ne suis pas forcément en mesure, je n'ai pas forcément la relation qui permet d'en recueillir les fruits.

Mais de manière systématique, avec les patients que je commence à bien connaître, pourquoi pas ? Mais les patients qui sont plus instables par rapport au centre ou qui sont suivis par mes collègues, je trouve ça un peu déplacé, ça ne se fait pas comme ça.

Q – Donc, vous seriez plus à l'aise avec des patients que vous connaissez bien ?

14- Pour un truc systématique, oui

Q – Donc, on peut dire que dans les freins à aborder le sujet, il y aurait le fait de ne pas bien connaître la patiente, et quoi d'autre ? Qu'est-ce qui vous freine dans le fait d'aborder le sujet ?

15 – …Ouais je trouve que c'est déplacé, un patient qui vient pour un rhume.

Il faut trouver un axe d'approche qui permette que la question ne tombe pas du ciel !

Si ce n'est pas le corps qui offre cette perche, cette approche…Je trouve ça difficile et assez peu opérant.

Je suis très tourné autour de la question des addictions et je milite pour qu'on en parle plus, plus spontanément au patient. Je pense que la question des addictions, elle est assez proche, dans la mesure où, en posant la question, on n'est jamais neutre et on montre de quel bord on est. Mais le patient, s'il ne sent pas la question, il n'y répond pas. Là, on parle un peu en l'air… Il y a des patients qui sont complètement fermés en consultation et poser la question en systématique, je discuterais bien de l'intérêt. Aujourd'hui je ne le vois pas bien.

Q – C'est plus auprès de patients qui montrent une ouverture ? Une brèche ?

16 – Oui, une ouverture à discuter plus, une acceptation à rentrer un peu dans l'intimité. Il y a plein de moments où la chose ne se présente pas. C'est vrai aussi que probablement, je ne montre pas toujours la disponibilité, quand c'est une consultation d'urgence, que la patiente à la grippe, que je ne suis pas forcément à l'heure. Je ne montre pas forcément une telle disponibilité. Sauf en cas d'enquête. A ce moment-là, c'est l'AGECSA qui dit « on essaie de mettre le paquet à ce niveau-là ».

Q – Donc vous êtes mal à l'aise avec le dépistage systématique quand ça tombe comme un « cheveu sur la soupe » dans la consult. Manque de temps en fonction du planning. Et au niveau prise en charge, vous êtes à l'aise ? Il y a autre chose qui vous gêne ?

17 – Au niveau prise en charge, je ne sais pas si je suis à l'aise. J'ai entendu parler de Milena, Passible. Au niveau médico-légal, j'ai 2-3 points de repère, les démarches à faire, main courante, porter plainte, ça ne m'inquiète pas. Après, ce qu'il faut faire, je ne me suis pas forcément creusé la tête là-dessus. J'ai l'impression que je ne me sens pas mal à l'aise, mais je sais que je n'ai pas forcément énormément approfondi la question. Je ne suis pas un spécialiste de la question. Il y a peut-être des choses à côté desquelles je passe, au niveau de ce qu'il faut savoir. J'ai une approche un peu psychologisante qui n'est peut-être pas adaptée à toutes les patientes, ou dans le cas de violence conjugale. Je ne saurais pas dire.

Q – Est-ce que, du coup, c'est un frein ou pas ?

18 – Moi, je ne l'identifie pas comme un frein, mais plutôt comme une limitation dans mes capacités. Je me ferme peut-être des portes sans m'en rendre compte. N'ayant pas eu de formation spécifique.

Q – Et après, au niveau du dépistage des hommes violents ?

19 - Ça c'est vraiment compliqué. Dans la mesure où les hommes violents, assez souvent ils légitiment leur violence, quand même. Arriver à en parler avec eux. Je ne sais pas comment ils font à Passible. Les choses sont facilitées par la justice, parce que souvent c'est la justice qui dit : « Allez voir Passible, il y a un problème. » Mais nous, sur le terrain, en première ligne, dire au patient : « Vous ne pensez pas qu'il y a un problème ? », ça supposerait à la limite de connaître déjà la situation, que la femme en ait parlé, et d'essayer d'éveiller la conscience du patient, que peut-être il dépasse un peu les bornes. Ça, je trouve ça difficile d'en parler.

En parler spontanément aux hommes, j'ai jamais essayé : « Est-ce que vous estimez que vous êtes violent vis-à-vis de votre femme ? ». Ca pourrait peut-être être testé, je n'arrive pas à me rendre compte de ce que ça donnerait. Je pense que le fait d'être un homme, ça ne serait pas forcément très compliqué, je peux la prendre du côté « entre hommes, on peut se parler, donc on a le droit de se poser des questions ». Mais je ne sais pas du tout comment ils réagiraient en fait. Et j'ai vraiment l'impression…- Est-ce que je connais des hommes violents ? -…euh… que la première difficulté, ça serait de leur dire, de leur faire prendre conscience que ce qu'ils font presque naturellement, c'est quelque chose qui est dur pour la femme, qu'il faudrait qu'ils changent. Je manque d'expérience. Pour le coup, je ne pense pas avoir discuté avec des hommes de violences qu'ils ont pu avoir sur leur femme, ou assez exceptionnellement.

Q – Et si on compare avec le dépistage des femmes qui subissent des violences, dans la démarche, qu'est-ce qui semble le plus praticable pour le médecin ? Vous, vous vous sentez à l'aise dans quelle question ?

20 – Je dirais, la difficulté pour l'homme violent, c'est une forme de déni qu'il peut avoir, donc à partir du moment où moi je dis : « Est-ce que vous voulez en parler ? », et que eux ils disent : « Non, il n'y a pas de problème. », après je n'ai plus d'argument.

Pour les femmes…les femmes elles ne sont jamais en demande, il faut un peu aller les chercher. Le travail est un peu différent, les mettre à l'aise, une prise en charge plus globale qui permette de les mettre en confiance…Le cas que j'ai en tête, c'est une femme qui est dans une situation tellement complexe, que moi tout seul, je ne pourrai pas faire grand-chose, de toute façon. La question, ça serait : comment développer un réseau autour d'elle ? Mais ce réseau, je ne peux pas le développer sans sa participation, sans son accord, sans sa volonté. J'ai l'impression, en tout cas. Aujourd'hui, je ne suis pas assez inséré dans ces milieux-là pour prendre des initiatives malgré elle.

Q – Pour rebondir sur ce que vous disiez : le fait d'être un homme, c'est facile d'aborder le sujet avec les hommes violents ; du coup le fait d'être un homme pour aborder le sujet des femmes qui subissent des violences, ça a un rôle ? Est-ce que vous pensez que le sexe du médecin, ça peut avoir un rôle ?

21 - Ca a forcément un rôle….Mais je n'arrive pas bien à l'articuler…

Q – Vous, ça vous gêne d'être un homme et de poser cette question ? Vous pensez que pour une femme médecin, c'est plus facile ?

21bis -… Peut-être que la femme se pose la question de l'intimité autrement, c'est-à-dire que pour moi, c'est assez intrusif.

(Coupure dans l'entretien)

J'avoue, j'en parlerais moins spontanément, il me faut une raison pour arriver à en parler. Sinon, je trouve ça un peu intrusif.

Q – Est-ce que vous avez en tête une situation de violence conjugale qui vous aurait marqué ? Que vous auriez dépistée, prise en charge depuis le début de votre carrière ?

22 - En prison, il n'y en avait pas beaucoup…Pour l'instant, je n'ai pas grand-chose de marquant, c'est plutôt frustrant. Dans l'enquête de 2010, il y a quelques femmes qui disaient, mais c'était du passé, ce n'était plus actuel. Après, les femmes à l'heure actuelle pour qui je pourrais me poser la question…pfff, elles sont dans une telle situation sociale, les deux, non les trois.

Une qui vit dans un CHRS, une autre qui est complètement marginale, à la dérive, qui a son fils, mais qui ne fait rien d'autre dans sa vie, une autre qui est sans papier, peut-être bientôt expulsée…pfff…

Donc, la question de la violence vient compliquer la situation…Mais sans simplifier les choses ! J'ai l'impression que de résoudre cette question, c'est vraiment qu'une partie du problème, c'est pas simple.

Q – Quand on dépiste une situation de violence auprès d'une femme, ça peut amener du positif ? Dans la prise en charge globale?

23 – L'expérience que j'ai pour l'instant, c'est que ça m'a permis de mieux avoir conscience de la complexité de la situation, mais sans vraiment…Non, aujourd'hui, ça ne me donnait pas de moyens d'aller plus loin avec la patiente. Ca n'ouvrait pas des portes. Non, vraiment.

Q – Est-ce que depuis deux ans et demi que vous êtes là, vous êtes plus à l'aise qu'au début ? Est- ce qu'on devient plus à l'aise avec l'expérience sur la question des violences conjugales ?

24 – Euh….On va dire depuis juin 2011, parce que je n'étais vraiment pas à l'aise pour faire cette enquête. Aujourd'hui, je dirais que la situation n'a pas beaucoup évolué. Parce que… moi je reste avec l'impression qu'en médecine générale, on est sollicité de toutes parts,

qu'aujourd'hui la question des violences conjugales, elle est moins au premier plan aujourd'hui, en tous cas dans mon quotidien de médecin. Et que ça m'arrange, parce qu'il y a plein d'autres soucis. Soit simplement être au point dans mes consultations, gérer les urgences, être au fait de l'actualité médicale, gérer les patients lourds d'aujourd'hui. J'ai l'impression qu'en médecine générale, il y a des patients, il y a des périodes où on les voit toutes les semaines, puis ouf ! à un moment, ça se calme et ça nous laisse de la disponibilité pour d'autres patients. Une qui a un gros handicap, trois très dépressifs, etc.

Q – D'être sollicité de toutes parts pour des motifs divers et variés, ça fait que les violences conjugales, c'est peut-être pas… ?

25 – Ca fait que depuis 2011, ça n'a pas beaucoup avancé.

Q – De quoi vous avez besoin, qu'est-ce qui pourrait vous être utile pour améliorer le dépistage, la prise en charge des femmes qui subissent des violences conjugales ? En termes d'outils, formations, qu'est-ce qui serait bien pour les médecins généralistes ?

26 – Ce qui me ferait avancer, moi, ça serait d'étudier des cas cliniques, d'avoir des exemples, de voir ce qui s'est passé pour des patientes concrètes.

Q – Par quel biais ?

27 – Je ne sais pas. Parce qu'aujourd'hui, ça ne fait pas vraiment partie de mon quotidien. Peut-être que je serais plus réactif si les violences conjugales en faisaient plus partie. Qu'entre collègues on en parle plus.

Q – En parler en groupe de pairs ?

27bis – Oui en parler en équipe.

Q - Des formations FMC (formation médicale continue) ?

28 – Après, une formation…quel contenu pourrait m'intéresser ?… Aujourd'hui je n'en suis pas là, j'ai d'autres soucis de formations.

Q – Ce n'est pas une priorité pour vous ?

28bis – Non. Non, non.

Q – Et une consultation dédiée aux violences, un médecin référent sur Grenoble, ça serait intéressant ?

29 – Non, parce que là où j'en suis aujourd'hui, je n'aurai même pas le moyen d'orienter vers. C'est-à-dire : « Vous voyez, il y a telle adresse. »

Le point de repère que j'ai, c'est Milena et il y en a un autre sur Grenoble…

Q - Solidarités Femmes.

29bis – Oui, Solidarité Femmes, ça a l'air plus gros. Faudrait peut-être que je les rencontre. Milena, c'est quand même pas très loin… Et puis un médecin pour quoi faire ?

Q –Une consultation spécialisée, pas forcément avec un médecin.

29ter – Une consultation, c'est une consultation médicale. Tu envisages quoi d'autre ?

Q – En Suisse, c'est une infirmière.

Donc, ce serait plus en parler et avoir des témoignages pour faire un parallèle avec votre pratique ?

30 - Je pense qu'en tant que médecin généraliste, on passe largement à côté de la question des violences, mais de manière plus générale, la violence faite aux enfants, aux hommes, au sein des couples en général.

Ma femme travaille en médecine scolaire, elle est interpellée par des instits qui voient des hématomes, etc.…Il y a pas mal de violence.

Nous, on ne voit pas les gens sous l'angle de la violence. Première chose, ça fait du bien. Parce que c'est dur la violence.

Q – Qu'est-ce qui fait du bien, je n'ai pas compris ?

30bis- Ça fait du bien d'être un peu à l'écart. C'est lourd. Etre aussi conscient de toutes les violences qu'il peut y avoir dans le quartier, ça peut être vite pesant.

Q- C'est une façon de se protéger ?

31 - Peut-être, effectivement. Parce qu'une fois qu'on en est conscient, qu'est-ce qu'on peut en faire, comment on peut intervenir ? Ça part tellement dans tous les sens, dans ce quartier-là. C'est sûrement compliqué.

Ensuite, c'est aussi donner une chance au patient violent, en général, les parents aussi, de ne pas forcément les voir sous la lorgnette violence. C'est toute la difficulté : ne pas être dupe, parce qu'être dupe, c'est jouer leur jeu, c'est pas bon, c'est rentrer dans le déni, c'est pas bon ; sans se laisser envahir par les questions de violence et savoir reconnaître aussi que tel patient, même s'il est violent, c'est aussi un bon papa ou une bonne maman, que les choses sont pas si tranchées que ça. Je trouve ça très compliqué.

Je pense qu'on est largement dupe en médecine générale. Que ça sert en partie le patient. C'est des patients qui sont tellement fragiles ou mal vus par ailleurs, qui sont surveillés par l'aide sociale à l'enfance. C'est déjà très lourd pour ces patients-là. Que nous on leur offre

un espace entre guillemets neutre, bienveillant, on pourrait dire. Au niveau narcissisme de ces patients, c'est lourd à porter. C'est bien pour ces patients, c'est un lieu d'oxygène où ils ne se sentent pas jugés, pas catalogués, pas dévalorisés. Et en même temps, l'inconvénient, c'est qu'on est un peu trop naïf et qu'on passe à côté de paroles qu'on devrait dire. On ne peut pas être sur tous les fronts à la fois.

Mais dans un quartier comme ça, la violence des femmes, on ne peut pas oublier qu'il y a des enfants maltraités et maltraitants, des femmes violentes à la maison, de la délinquance. Là, on parle d'une violence qui est mélangée avec de l'affectif, mais il y a aussi de la délinquance, de la violence de voisinage, de bande, de la violence liée à la situation économique, pas de travail, pas de revenus, ou des revenus illégaux etc. Donc, globalement un contexte très morose.

Q – La violence conjugale, ça se noie dans toutes les autres violences ?

32 – Oui, c'est le risque. On ne peut pas oublier non plus qu'il n'y a pas que ça.

Probablement les patients ne sont pas dupes non plus. D'une certaine manière, en leur en parlant, le patient il peut dire : « De toute façon, ma situation économique, qu'est-ce que tu peux en faire ? ». Et effectivement, moi, je n'en ferai rien.

Ça peut inciter les patients et soignants à se repositionner du côté du psychologique. C'est tellement lourd. Les difficultés socio-économiques sont tellement prégnantes que la seule chose que je peux vous proposer, c'est un soutien pour vous en sortir, pour ne pas subir complètement les choses. Et moi, j'y crois. Le patient, il n'y croit pas forcément, il n'a pas forcément l'énergie d'y croire.

Moi, j'en suis là, à me poser ces questions-là, comment se positionner…

Q – Il faut savoir que le médecin généraliste, il n'est pas seul dans son coin, il y a un réseau.

33 – Oui…Mais moi je vois ça au niveau des addictions...Je ne sais pas comment il est au niveau des violences…J'ai du mal, en tant que médecin généraliste, à m'insérer dans des réseaux de prise en charge qui marchent. Le réseau des violences, c'est vrai que je ne connais pas personnellement les structures et je n'ai pas fait l'effort d'y aller.

Au niveau addiction, il n'y a pas de réseau. On en a discuté avec des collègues. Il y avait une patiente complètement déstructurée, conduites à risque, etc. En fait la patiente était 100% portée par l'interne, qui n'arrivait pas à solliciter le CMP (centre médico-psychologique). Parce que tout le monde sait travailler dans son coin, mais travailler ensemble… De porter des cas très très lourds à plusieurs en médecine générale, je trouve, ça ne marche pas. Ça marche en cancéro., parfois en psychiatrie.

Q – Donc, il y a un problème de réseau en médecine générale.

34 – Oui, je trouve que c'est un vrai problème.

Aujourd'hui, je ne sens pas une volonté, ni du côté des généralistes, ni du côté de l'hôpital, ni du côté de nulle part, de réfléchir à quelque chose d'assez global.

Par exemple, j'ai une patiente qui a été hospitalisée 3 mois, maintenant elle est en HAD (hospitalisation à domicile). J'ai trouvé que ça ne marchait pas très bien, manque de

coordination. On ne sait plus qui est responsable du patient, on ne s'est pas du tout concertés.

[…]

Il y a plein d'informations qui me manquent.

Chacun sait s'occuper de son domaine ou essaie de s'en occuper le mieux possible, mais dès qu'il faut travailler à plusieurs, c'est très compliqué et pas que sur la question des addictions, et pas que sur la question des violences.

Dans le quartier, la question des violences, elle n'est pas toute seule…Ce qui n'est pas facile en réseau, c'est de ne pas trahir le secret médical. On est tenu à une certaine réserve, et en même temps, on est pris dans des situations où tout seul on n'y arrive pas, il faudrait être plusieurs.

Il y a le problème économique, qu'on est payé à la consultation, et pas à la concertation…

Les liens de proximité, ça n'intéresse pas l'institution…

On dépasse vraiment la question des violences, mais aujourd'hui pour améliorer la santé des patients, il faudrait améliorer les réseaux de soins. Ceux qui ont été créés il y a 10 ans montrent leurs limites. Aujourd'hui, qui se préoccupe de ça et comment on fait pour faire avancer les choses ? Je trouve que c'est très indigent.

Alors que je trouve que c'est un élément essentiel, notamment dans les quartiers où les problématiques sont toujours multiformes. Ça n'intéresse personne.

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P7

Q – Une question assez générale : dans votre patientèle, avez-vous notion de l'importance des violences conjugales, du nombre de femmes qui subissent des violences conjugales?

1 - Le nombre, je ne sais pas, mais ce que je sais, c'est qu'on fait de temps en temps des enquêtes « flash » où on pose systématiquement la question une journée entière à tous les patients qu'on rencontre et on est toujours surpris du nombre de réponses positives quand on évoque 3-4 questions tests. Donc, je ne sais pas exactement combien de femmes actuellement dans ma patientèle sont victimes, mais ce que je sais, c'est qu'il y en a toujours plus que ce qu'on pense.

Q – Et un pourcentage comme ça, peut-être ?

2- Moi en tant que médecin homme, je suis moins de femmes… Un pourcentage, je ne sais pas, plutôt minime. Je dirais peut-être… -c'est vraiment à la louche-. C'est peut-être 1/20. C'est très difficile à dire. Ce qu'on sait, c'est que c'est toujours sous-estimé, même quand on est sensibilisé au problème.

Q- Et l'importance des violences conjugales sur la santé de la femme, en termes de répercussions ?

3 – Soit elle est directe et à ce moment là, c'est par le biais de certificat médical de coups et blessures. Souvent elle est indirecte : c'est par le biais de somatisations diverses, des maux de tête, des vertiges, des dépressions, des troubles anxieux.

Q – Ces symptômes, ça vous interpelle ?

4 – On essaye, on essaye d'être interpellé par ça…

Q- Depuis 2010, est-ce que vous trouvez qu'il y a eu un changement ? Les femmes se confient davantage ?

5 – Ce qui a changé, c'est le réseau et la qualité du réseau en aval. C'est-à-dire au niveau de l'hôtel de police, au niveau de Solidarité Femmes. Je dirais que le réseau s'est un peu étoffé et structuré, que les choses avancent plus facilement de ce côté-là. Au niveau de la façon dont les patientes se confient, je n'ai pas trouvé une grande différente depuis 2010.

Q- Et vous, vous avez l'impression d'avoir modifié votre pratique parce qu'il y a eu la campagne de sensibilisation en 2010 ?

6- C'est plus l'audit interne qu'on a fait, qui à chaque fois réveille un peu les consciences, que forcément les grandes campagnes de sensibilisation.

Q – Pour vous, le rôle du médecin généraliste par rapport aux violences conjugales c'est quoi ? Votre représentation du rôle du médecin généraliste ?

7- Déjà, c'est de reconnaître, ce qui n'est pas toujours facile, c'est d'amener les gens à se confier à en parler, c'est d'essayer d'intégrer ça dans un état de santé global, c'est d'amener les gens à essayer… d'évoluer avec ce symptôme et essayer de leur faire prendre conscience qu'il y a des choses à faire. Souvent, on a l'impression qu'il y a une espèce de fatalité. Nous, on est là pour dire que ce n'est pas une fatalité, qu'il y a des choses à faire.

Q- Une mission de dépistage ?

8 – A la fois de dépistage, de reconnaissance, d'accompagnement et puis de guidance. C'est-à-dire que souvent les gens sont un peu perdus, ils pensent qu'il n'y a rien à faire, que c'est comme ça.

Q – Donc, pour vous, ça fait partie du rôle du médecin généraliste ?

9 – Oui, complètement.

Q – Dans quelles circonstances vous dépistez, vous êtes amené à aborder le sujet avec une patiente ? Devant quel motif de consultation, devant quel tableau clinique ?

10 – Déjà, c'est tous les troubles psychiques, les troubles anxieux, les troubles dépressifs. Souvent, j'interroge sur ce qui se passe dans le couple. J'ai des questions un peu type assez ouvertes sur : « Est-ce que vous avez été traumatisée par quelque chose récemment, est-ce que vous avez eu des agressions ? » et à ces questions-là on peut avoir des réponses autour de la violence dans le couple, ça peut être autre chose ou ça peut être ça. Donc, quand il y a des somatisations répétées, quand il y a des syndromes dépressifs ou anxieux enkystés, soit qui s'aggravent, soit qui ne répondent pas au traitement, on essaye de creuser dans ce sens-là.

Q – Et c'est plutôt à quel moment de la consultation que vous abordez le sujet ?

11 – Il y a un autre abord. Nous, en tant que médecin de famille, on connaît les conjoints, soit directement soit indirectement. C'est quand même une grosse porte d'entrée. Quand les gens sont identifiés comme violents dans un couple, on a encore plus le regard attiré.

Sinon… ce n'est pas forcément immédiatement, s'il n'y a pas vraiment de signe d'appel, souvent on en parlera une fois que la relation se sera installée, au bout de 2-3 fois. C'est plus dans un second temps, ce n'est pas immédiat, immédiat.

Il y a déjà tellement de choses à faire dans une consultation de généraliste. A la 1ère consultation, c'est parfois difficile de l'évoquer, mais on peut l'évoquer s'il y a des éléments qui attirent le regard.

Q- Là, vous parlez des conjoints violents et du rôle du médecin de famille qui connaît aussi bien la femme que l'homme. Est-ce que vous pensez que c'est un plus, un avantage de connaître les deux, ou ça peut plutôt gêner ?

12 - C'est un avantage en termes de dépistage, on pose plus rapidement la question.

Ca peut être un désavantage parce que la femme sait que vous connaissez le mari et elle ne va pas oser se confier.

Q – Et qu'est-ce que vous pensez du dépistage systématique ?

13 - On pratique assez fréquemment, c'est un sujet qui revient. Parce que je pense que c'est un sujet important. Ces audits flash qu'on fait de nous-mêmes je trouve ça très performant, parce que chaque fois ça réveille les consciences et ça montre l'ampleur du problème qui est souvent sous-estimé.

Q- D'accord, c'est au moment des audits et vous trouvez que c'est faisable au long cours ?

14 – Le problème, c'est qu'en médecine générale des audits on pourrait en faire toute la journée sur plein de sujets différents, donc au long cours je ne sais pas, mais des piqûres de rappel de temps en temps, c'est pas mal.

Q – C'est pas mal et pour la patiente et pour le médecin ?

15 – Oui, plus le médecin est compétent, mieux c'est pour les patients. C'est bien pour nous, c'est bien pour les patientes, si jamais effectivement ça permet d'être plus à l'écoute de ce genre de problème.

Q – Pour vous, c'est faisable de faire un dépistage systématique sur une enquête flash comme ça de temps en temps, mais pas tous les jours ?

16 – Ah non, non, non. Dans le cadre d'une consultation de médecine générale tout venant, non ça me paraît difficile. En 20 minutes, je ne vois pas bien comment on peut tout faire ce qu'on devrait faire là-dessus.

Q – Avec le dépistage, vous êtes assez à l'aise ? Vous posez les questions ? Il y a une gêne ou pas ?

17 – Au bout de 15 ans, non, on n'a pas de gêne. On sait les questions qui marchent et celles qui ne marchent pas. On pose les questions les plus ouvertes possibles ; et c'est comme ça que les gens se confient assez facilement. Et puis, on a en tête les questions qu'on pose lors de ces enquêtes, qui sont des questions ouvertes à dépistage large.

Q- Vous trouvez qu'avec l'expérience vous êtes plus à l'aise, vous avez progressé ?

18 – Avec la maturité, on progresse forcément. La qualité, les questions, se sont affinées au cours du temps et on sait un peu à l'avance les réponses qu'on peut apporter. L'expérience, ça joue, ça c'est sûr.

Q – Donc, au niveau dépistage, vous êtes à l'aise. Et au niveau de la prise en charge ? Vous êtes à l'aise avec la prise en charge ?

19 – C'est jamais facile, mais moi j'ai un réseau que je connais assez bien, qui marche assez bien, et je connais un peu à la fois les failles et les avantages de ce réseau. Pour les problèmes qui me sont amenés pour l'instant, ça me convient. Après, on peut toujours faire mieux.

Q – Heureusement qu'il y a le réseau ?

20 – Oui, un médecin généraliste tout seul, il ne peut pas faire forcément énormément. Ça c'est sûr !

Q - Vous parliez des conjoints violents. Est-ce que vous les dépistez ? Est-ce que vous pensez que c'est possible de dépister cette tranche de population ?

21 – Oui, bien sur. Moi qui suis plus d'hommes, c'est une question que j'aborde souvent quand les gens sont dépressifs ou irritables ou impulsifs, je pose souvent la question des violences. A la fois de l'auto agressivité et de l'hétéro agressivité dans le cadre de rixes, dans le cadre du couple. C'est une question que je pose systématiquement. Les enfants aussi. On essaye de faire très attention aux enfants. Ca, c'est quelque chose de très fréquent aussi. Surtout dans une certaine population où culturellement c'est encore admis. Là, il y a un gros travail du médecin généraliste à faire.

Q – Pour en revenir au dépistage, vous pensez que ce n'est pas possible d'introduire une question systématique comme pour dépister l'éthylisme, le diabète, l'HTA…

22 – L'apnée du sommeil, l'athérosclérose etc.…Voilà, ça devient compliqué.

Je pense qu'une consultation, il faut cibler. Le dépistage tous azimuts, l'alcool, le tabac ; voilà, la consultation, ça devient un interrogatoire ! Soit il y a une infirmière qui le fait avant la consultation et

il y a un questionnaire qui est rempli, mais nous on ne peut pas tout faire, l'examen, la prescription… ça me paraît…Sauf dans une population ciblée préalablement. Faudrait définir les critères, c'est pas si simple que ça.

Par contre, qu'on me dise sur certains symptômes, il faut évoquer le problème ; c'est plutôt comme ça que je fais actuellement.

Mais systématiquement à toutes les consultations, ça me paraît difficile.

Q – Dans quels cas ça vous paraît impossible d'aborder le sujet ? Quelles situations vous freineraient pour aborder le sujet en consultation ?

23 – Aucune, comme ça, je ne vois pas.

Q- Qu'est-ce qui ferait obstacle au fait d'aborder le sujet en consultation ?

23bis – Moi, j'aborde tout en consultation ! J'ai pas de sujet tabou, je ne vois pas pourquoi je n'aborderais pas ce sujet-là si je devais l'aborder !

Q- Mais vous dites que vous n'abordez pas le sujet à chaque consultation.

24 – Ah oui, mais si moi j'ai envie de l'aborder, je l'aborderais !

Ah oui « ce qui fait obstacle ». Pour moi, votre question est mal posée…

Si j'y pense, et si je pense ça nécessaire et que c'est pour moi une priorité à ce moment-là, je la pose, cette question. Par contre, je ne la mets pas systématiquement, parce qu'il y a des cas où c'est pas la priorité que j'évoque en 1er. Une femme célibataire à 60 ans, je ne vais pas lui poser la question systématiquement, peut-être qu'il faudrait.

Q – Il n'y a jamais des problèmes de temps ?

25 – Il y a toujours des problèmes de temps !

Q – Jamais vous ne vous dites : « Je n'ai pas le temps d'ouvrir cette porte » ?

25bis – Il y a toujours des problèmes de temps en médecine générale. Donc, après, je fais des choix et je dis, la priorité aujourd'hui, c'est ça ou ça.

Le problème du temps, c'est un faux problème. En médecine générale, on peut quand même arriver, souvent je n'aborde pas ça au cours de la première, mais je peux le noter dans le dossier pour l'aborder au cours de la deuxième consultation ou de la troisième. Ou quand, en fin de consultation, il y a un doute et qu'il est trop tard, qu'on se dit « j'aurais dû en parler », on le met dans le dossier et c'est soit à la consultation d'après, soit le collègue.

Q – C'est une question que vous posez facilement ?

26 – On essaye...

Q – Est- ce que vous avez souvenir d'une situation de violence conjugale que vous avez dépistée et prise en charge, une situation marquante ? Vous pouvez la raconter ?

27 – C'est une femme d'origine africaine, qui venait de se mettre en couple. Assez rapidement, ils se sont mariés et assez rapidement, ils ont eu des enfants. Et assez rapidement, il y a eu une conjugopathie assez importante. A la clé, la femme elle-même est venue se plaindre de violences au bout de quelques années. Ces violences peuvent être le reflet d'un dysfonctionnement du couple. Le couple s'est rapidement séparé et les violences se sont arrêtées. J'ai fait 1 ou 2 certificats médicaux. Mais je n'ai pas eu à faire grand chose parce que c'est le couple de lui-même qui s'est séparé et les violences se sont arrêtées.

Q – Donc, c'est la femme qui est venue se confier à vous. Et une situation où vous auriez dépisté sans que la femme ne se confie ?

28 – Ca, c'est déjà plus ancien. C'était pendant l'enquête, il y a 1 ou 2 ans. C'était souvent l'occasion de violences pas récentes mais passées…, on découvre à ce moment-là, des choses que les femmes n'avaient pas évoquées avant dans un questionnaire médical classique. Qui montraient que telle patiente, qu'on pensait ne pas avoir été confrontée à ce genre de problème, l'avait été.

Je n'ai pas souvenir de gens qu'on aurait dépistés dans une file active. Bon, ça ne dure qu'une journée.

Mais il n'y a pas de gens qui m'aient dit : « Vous avez bien fait d'en parler, je n'avais jamais osé vous en parler » . Ca, j'ai jamais eu.

Q – Une fois que ces femmes ont été dépistées, il y a eu des suites ?

29 – Il n'y a pas eu de suites vu que c'était un fait passé. Mais il y avait eu des violences graves avec une souffrance psychique importante qui expliquait qu'elle ait quitté le couple qu'elle formait avec son compagnon. Mais elle ne m'en avait jamais parlé…et pourtant, je ne connais pas les détails, mais je pense qu'il y a avait eu des violences prolongées, graves, subies.

Q – A posteriori elle présentait des symptômes… ?

30 – Bien sur, à ce moment-là on feuillette toujours le dossier, et on s'aperçoit qu'il y avait un trouble anxieux qui traînait, une dépression qui traînait, des somatisations auxquelles on n'avait pas trouvé d'explications. Bien sûr, souvent c'est ça.

Q- Dépister, ça amène un plus dans la pratique générale ?

31 – Oui souvent, à part dans le cancer de la prostate, dépister ça amène un plus.

Q – Dans le sujet des violences conjugales précisément ?

31b – Bien sûr, ça amène un « plus ». Ca permet de mettre des mots sur des choses pour lesquelles il n'y a pas de mots, de faire un peu de guidance, d'expliquer aux femmes ce qui se passe, éventuellement d'avoir une action sur le compagnon ou la compagne, d'expliquer que ce n'est pas une fatalité. Il y a tout un tas de choses à faire.

Q - Et pour le médecin en lui-même, par rapport à sa prise en charge de sa patiente ?

32 – Oui, forcément, pour le médecin ça donne un regard un peu différent sur les symptômes présentés. Ça permet d'avoir un œil sur les enfants, sur le fonctionnement du couple. Ça permet d'en parler éventuellement à des collègues si le mari est suivi par un collègue, etc. Bien sur, pour le médecin, on a une alerte en coin de la tête.

Q – Pour vous, le médecin généraliste a à penser à beaucoup de choses. Et la problématique des violences conjugales c'est…. ça vient quand même en tête de liste ?

33 – Ca vient à côté du reste, en plus du reste. Par forcément en tête de liste. Ça dépend des patients et des situations. C'est clair que si on sait qu'une patiente est dans un couple dysfonctionnant, on va être plus vigilant là-dessus. Ça peut devenir une priorité dans certaines situations.

Par exemple, j'ai un vieux réflexe, une patiente ou un patient qui vient 3 consultations de suite avec des plaintes atypiques, on n'y comprend pas grand-chose, c'est un peu confus. Là, j'évoque systématiquement la question comme j'évoque celle de l'alcool, comme j'évoque celle de la dépression, comme j'évoque celle de l'inceste, voila.

Q – Vous n'avez jamais ressenti de difficultés dans une situation de violence conjugale ?

34 – Ce n'est jamais facile de parler de violence. Des freins personnels ?

Q – Oui, sur quoi on pourrait jouer pour vous aider ?

34bis - La seule chose sur laquelle on pourrait jouer, c'est qu'on n'y pense jamais assez.

Mais…comme pas mal de choses, comme l'alcoolisme au féminin, on n'y pense jamais assez non plus.

Il faut sensibiliser les couples. Moi, j'ai beaucoup un rôle aussi auprès des hommes, c'est-à-dire j'en parle assez facilement quand les hommes ne vont pas bien, qu'ils sont au chômage, quand il y a une situation sociale tendue. Je dis « Cette violence qui vous est faite, il ne faut pas que ça se retourne contre votre famille ». Il y a un rôle préventif de guidance par rapport aux hommes. Et il y a des structures qui peuvent aider les gens qui ont des pulsions violentes, pour en parler, vers lesquelles je guide souvent les pères.

Q – Ces hommes et ces femmes à qui vous posez la question, ils le prennent bien ? Comment ils vivent le questionnement ?

35 – Comme toutes les questions, quand elles sont ouvertes, elles sont plus soulageantes qu'intrusives. Ça dépend beaucoup de comment les questions sont posées.

Q – Pour vous, ce n'est pas intrusif cette démarche ?

36 - Faut pas que ça le soit. C'est toute une question de tact et de doigté. Quand je pose 2 – 3 questions ouvertes et que je n'ai aucune réponse, je ne vais pas forcément plus loin. Je dis simplement que c'est possible d'en parler, que ça existe.

Q – Vous mettez bien les mots, vous parlez bien de violence ?

36bis – Oui, oui. Je dis que quand on n'est pas bien, on peut être violent, que ça fait parti du syndrome anxieux, que l'irritabilité, ce n'est pas la faute des gens, que ça peut être

consécutif à une pathologie psychique, que la violence peut se faire à l'insu, contre la volonté des gens mais qu'elle peut avoir des conséquences dramatiques.

Q – Vous faites plus de prévention auprès des hommes ?

37 – Je n'en fais pas plus, mais je vois plus d'hommes, alors...

Q- D'accord, vous voyez plus d'hommes. Quelle est la proportion d'hommes dans votre patientèle ?

38 - 2/3 – 1/3. 2/3 d'hommes. Il n'y a pas beaucoup d'hommes médecins ici, alors forcément les hommes voient plus les hommes.

Q – Dernière chose : qu'est-ce qui pourrait vous aider, vous, à mieux dépister, mieux prendre en charge ? Est-ce qu'une formation vous intéresserait ? Un outil ? Est-ce qu'il y aurait besoin de développer quelque chose autour des violences conjugales pour aider les médecins généralistes ?

39 – Moi, je serais assez content un jour de réunir autour d'une table tous les acteurs du réseau que je connais un peu de façon formelle et de confronter nos expériences, les forces de police, la justice, Solidarités Femmes, les assistantes sociales. Bien identifier la filière, les problèmes qui s'y posent, quels sont les obstacles pour passer d'un domaine à un autre, du soin à la justice. Ça serait intéressant.

Plutôt qu'une grande messe sur les principes, moi ce qui m'intéresse, c'est de voir les acteurs sur le terrain et de recueillir leurs expériences, leurs difficultés.

Q – Plutôt un partage d'expériences, des témoignages ?

40 – Plutôt un retour du terrain, je pense, ça serait intéressant.

Q – Un outil informatique, une alerte pour penser à poser la question ? Ca aurait une utilité ou pas ?

41 – Alors nous déjà, on a des problèmes informatiques en ce moment. Et puis après, trop d'alertes tuent l'alerte, on va avoir une alerte pour l'athérosclérose, pour les vaccins… On va avoir que des alertes, quoi. Le problème en médecin générale, vous savez bien, des alertes on pourrait en mettre 50 tous les jours.

Q – Sinon une consultation dédiée à ce thème-là ou au cours de laquelle on pourrait plus facilement aborder ce thème-là ?

42 – Nous, on fait des consultations de synthèse une fois par an, en général limitées pour les dossiers lourds, les patients en ALD (*affection longue durée*).

Moi, j'essaye d'inciter les gens à faire une consultation par an en dehors de tout symptôme, mais ce n'est pas facilement accepté. Et quand il n'y a pas de symptôme amené, ça permet de discuter librement. Mais faut que les gens puissent ou qu'ils aient envie de venir alors qu'ils n'ont pas de symptômes, ce n'est pas toujours le cas. Moi, je le propose facilement, mais j'ai rarement de succès ! En général ceux qui le font, ils n'en ont pas besoin.

Q – Lors des consultations gynécologiques de dépistage ?

43 – Oui, je demande assez facilement comment ça va dans le couple et après, le second étage de la fusée serait d'aborder ça. Oui, j'essaie de le faire quand les gens se mettent en

couple ou qu'ils sont en couple depuis 4-5 ans. Quand je vois les enfants qui ne vont pas bien, qu'il y a des consultations répétées pour des motifs pas très clairs. Oui, mais c'est toujours pareil, il y a déjà beaucoup de choses à faire en médecine générale.

Q – Qu'est-ce que vous penseriez d'une consultation dédiée aux victimes de violence menée par un médecin ou un infirmier, au CHU par exemple ?

44 – Je pense qu'il faudrait que ce soit plutôt implanté dans les quartiers, parce que les gens d'ici, ils n'iront jamais au CHU.

Je crois que ça existe déjà pour les pères. Les hommes qui se sentent, eux, victimes de pulsions violentes. Oui, une antenne dans un centre social, je pense que ça serait très bien oui.

Q – Parce qu'il y aurait plus de violence conjugale ici, dans les quartiers ?

45 – Je ne sais pas, pas forcément. Mais en tout cas, dans le quartier que je connais, ça serait bien de la faire.

Q – Par exemple en Suisse, il existe une unité de médecine des violences où les médecins généralistes, les urgentistes peuvent adresser les victimes de violence.

46 – Ca sous-entend qu'il y a déjà eu un dépistage médical qui a été fait. Moi je pense que si on peut agir un peu plus en amont, c'est encore mieux. Quand les gens peuvent déjà en parler sans passer par les urgences ou le médecin généraliste, avant que les problèmes arrivent, c'est quand même bien. Souvent il y a des tensions. Ils pourraient en parler auprès des conseillères conjugales, par exemple. Un endroit dédié à ça, ce serait bien… Si ça peut se faire en amont, c'est bien. Mais en aval c'est bien aussi.

Q – En amont de la violence physique en fait ?

46bis – Oui, ou de la violence psychique mais qui a déjà contacté un médecin.

J'ai assez souvent des plaintes d'hommes qui viennent consulter parce qu'ils ont eu un acte violent, c'est la 1ère fois, ils sont souvent stupéfaits de l'intensité de la violence dont ils ont été capables et ils viennent pour en parler. C'est des consultations longues, auxquelles j'attache beaucoup d'importance. Je pense que ça fait partie de notre rôle, mais peut-être que ça pourrait être relayé ailleurs. Ici, on a un psychologue, donc on adresse au psychologue ou au psychiatre. Mais ici la consultation est gratuite, alors c'est facile. Si on n'avait pas cette facilité financière, ce serait beaucoup plus difficile.

Q – Donc les hommes qui ressentent des pulsions agressives, ils viennent consulter spontanément ?

47 – Oui, ce n'est pas très fréquent, mais c'est assez fréquent.

Q – Donc le rôle du médecin généraliste, c'est aussi de dépister cette population en souffrance…

48 – Bien sûr, c'est grandement le rôle du médecin.

Q- Vous allez avoir une formation bientôt ?

49 – C'est possible, mais il y en a tellement. Chacun a un peu son domaine de prédilection.

Q- Vous êtes sollicités pour de nombreuses formations ?

49bis - On est sollicité pour beaucoup de formations. Beaucoup, beaucoup.

Le problème des formations, c'est que ça attire les gens qui sont déjà sensibilisés ! Ceux qui en auraient le plus besoin, ils n'y vont pas, c'est toujours pareil !

Bon, je ne retrouve pas mon planning de formation. Je vais le noter.

50 – Une des grandes avancées depuis 17 ans que je suis dans le quartier, c'est que les forces de police se sont vraiment structurées. Maintenant, il y a une antenne à l'hôtel de police avec des gens qui ont été formés sur l'écoute des violences faites aux femmes et ça a amélioré l'image de la police, ça a été un grand plus. J'invite les femmes à aller à l'hôtel de police parce qu'il y a une brigade spécialisée là-dedans, qui a développé un certain professionnalisme, et moi j'ai d'assez bons retours. Ce qui n'était pas le cas il y a encore quelques années.

Q – Le réseau s'est bien développé et on peut se reposer sur le réseau ?

50bis – Voilà, surtout au niveau des forces de police. Il y a eu des efforts de formation qui ont payé. Comme quoi, ce n'est pas forcément médical… C'est un ensemble

51 – Je ne sais pas si les médecins vont faire des réponses différentes de la mienne. Il faudrait aller en campagne. Parce qu'on a moins de freins quand on a quelque chose à proposer en aval, un réseau.

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P8

Q – Est-ce que vous vous souvenez de cette campagne de 2010 ?

1 - Oui, on a fait l'enquête en parallèle. On était assez bien concernés, investis dans cette enquête.

Q - Et depuis 2010, est-ce que vous pensez que les femmes se confient davantage, que ça a été efficace ?

2 – Je n'ai pas le sentiment que ça ait changé beaucoup. Par contre, elles s'ouvrent facilement, si on tend une perche, j'ai le sentiment qu'elles parlent plus facilement. Est- ce qu'il y a un lien avec la cause nationale de 2010, ou avec l'enquête et que moi j'ai changé mon attitude ? Je n'en sais rien.

Q – Et dans votre patientèle, vous avez une idée de la prévalence des violences conjugales ?

3 – Elle est très sous-estimée. Je n'ai pas de chiffre dans ma patientèle à moi.

Les chiffres de l'enquête montraient qu'on était au-delà des chiffres nationaux pour tous types de violences (faites aux femmes) confondues. C'était des chiffres importants. (Recherche sur l'ordinateur). C'était sur l'ensemble de la structure (AGECSA) : 2/3 des femmes rapportaient des violences verbales au cours de leur vie, plus d'une femme sur quatre au cours de l'année en cours. Une femme sur deux, des violences physiques, dont 10% encore actuelles. Et plus d'une femme sur cinq déclarent avoir subi des violences sexuelles.

Q - Ca concerne les violences faites aux femmes de façon générale, pas que dans l'enceinte d'un couple…

3bis – Tout à fait.

Q – Et l'importance des violences conjugales en termes de répercussions sur la santé des patientes ?

4 – Je pense qu'on les découvre. Elles sont plus importantes que ce qu'on pense. Il y a en particulier les douleurs chroniques, les lombalgies, les céphalées, des choses qui reviennent et qu'on n'arrive pas forcément à percer du premier coup. Il y a une forme d'expression importante via le somatique. Surtout les lombalgies, je trouve, moi je fais un lien, ce n'est pas forcément très objectif, pas bien étudié.

Q – Et pour vous, quelle est la place du médecin généraliste dans cette problématique des violences conjugales ? En termes de dépistage, prise en charge ? C'est quoi notre rôle ?

5 – Ce n'est pas simple. Un de nos rôles c'est de nous rendre disponibles, d'orienter et d'accompagner. On sait bien, ça peut prendre des années pour que les gens l'expriment, s'ouvrent, soient prêts à faire des choses. Le fait que nous, on se rende disponibles, que les femmes sachent qu'elles peuvent s'ouvrir à ce genre de problème, c'est quelque chose qui me paraît hyper important. Et puis, qu'on ait un rôle d'orientation, parce que ce n'est pas uniquement un problème de santé, c'est un problème beaucoup plus large.

Et finalement, on est rarement les premiers interpellés par les dames qui ne le considèrent pas comme un problème de santé. Elles vont voir d'autres interlocuteurs que nous, l'assistante sociale, les réseaux.

Q – Vous pensez qu'elles vont plus facilement voir l'assistante sociale, les réseaux ?

5bis- Oui. Solidarité femmes, Milena, sur Grenoble en tous cas. Ou elles vont parler dans leur entourage ou autre, mais le dire au médecin, ça ne coule pas de source. Le fait de savoir que nous, on est ouverts là-dessus, qu'on est prêts à recevoir leur histoire. Le fait que ça soit confidentiel, c'est extrêmement important.

Q – Concrètement, ça veut dire quoi, se rendre disponible ?

6 – Ca peut être tendre des perches…Ne pas se montrer intrusif…Bon, c'est deux choses contradictoires… Mais de parler, de demander comment ça va dans la famille, de s'intéresser à comment ça va dans le couple de manière systématique, c'est important, et pas uniquement à un problème de santé particulier. Et si les gens ne s'ouvrent pas, il n'y a pas forcément violence conjugale, heureusement. Par des paroles, qu'elles sachent que si un jour il y a des soucis, on est aussi là pour ça, pour l'écoute. Ça, c'est une chose.

Et au cours de l'examen physique, il y a des pistes à creuser, sur l'interrogatoire, de façon orientée. Moi, je dis qu'on peut en parler, sans forcer les gens.

Q – Aborder la question du couple et pas forcément la question des violences conjugales, c'est ça ? Poser la question : « Comment ça va dans le couple ? » ?

7 – Oui, poser la question. Il y a des choses qui peuvent être dites. Qu'on est là aussi pour l'écoute, plutôt pour l'écoute en fait.

Q – Un rôle d'écoute plutôt ?

7bis – Oui. Après, il y a une orientation qui peut se faire.

Q – Et l'orientation c'est-à-dire ?

8 -- Ben l'orientation sur des partenaires, sur des structures qui peuvent être plus aidantes. Mais ça peut être aussi la poursuite d'un suivi médical, d'un accompagnement médical, même si on n'est pas tout à fait dans le somatique. Et puis de donner des coordonnées, d'orienter.

Q – Se référer au réseau ?

9 – Oui, sur les associations, éventuellement l'AIV. De renseigner aussi sur les démarches, les papiers, les aides juridiques. De renseigner, d'informer. C'est vrai qu'il y a le rôle d'information qui est important.

Q – Si on revient sur le dépistage, dans quelles circonstances vous êtes amenée à aborder, vous, le sujet des violences conjugales ? Devant quel tableau clinique, quel profil de patientes ? Quand est-ce que vous posez la question ?

10 – C'est assez difficile… Il n'y a pas de choses types. Pendant l'enquête, j'essayais de faire un questionnaire systématique, c'est lourd…En pratique, j'ai du mal. J'ai du mal à mettre la question en systématique comme je peux le faire pour les addictions.

Q – Qu'est-ce qui rend cette question lourde par rapport aux autres questions ?

11 – J'ai du mal à analyser… Alors que quand on faisait l'enquête, on avait le prétexte de l'enquête, donc c'était facile. Quand il n'y a pas de support…il n'y a pas de vrai frein en fait…il n'y a pas de raison !

Peut-être que je crains un petit peu la réaction de la personne. Je pense que c'est un mauvais prétexte. Je ne suis pas sûre que ce soit une bonne raison. Parce que finalement, on se rend compte que ça peut se faire tout simplement.

Et puis peut-être aussi parce que je n'y pense pas. C'est peut-être ça qui peut freiner.

On a des fiches de synthèse où on a un résumé de l'histoire du patient, où on met les antécédents, des choses standards. J'ai rajouté les addictions, l'activité physique que je vais demander systématiquement, mais à des nouveaux patients. Peut-être qu'il me suffirait de rajouter les V.C pour y penser. Parce que je n'y pense pas systématiquement. Sachant que c'est pas une personne en particulier, qu'il n'y a pas de choses, de profil type.

Au niveau gynéco, je fais un peu plus attention. Des consultations répétées pour des raisons gynéco, il y a un peu plus de risque.

Q – Les symptômes qui vous interpellent, ce sont les symptômes gynéco ?

11bis – Les symptômes gynéco, répétés. Et puis, tout ce qui est chronique sans qu'on ait vraiment de cause, de raison, de chose bien ciblée…

Q – Par contre, le questionnement systématique ça été fait pendant l'enquête flash, mais quotidiennement, c'est difficile ?

12 – Oui, selon l'histoire qui s'ouvre derrière, on peut avoir des choses conséquentes, des histoires vraiment lourdes, qui déclenchent chez les gens des réactions importantes. Dans ces cas-là, c'est pas forcément un problème : quand j'ai l'impression d'avoir soulevé un lièvre, je donne facilement de nouveau un rendez-vous. Ça, il faut s'en occuper, poser les choses. Si j'ai du temps, je continue, mais sinon, plus souvent, je donne un autre rendez-vous. Et les gens viennent finalement ! C'est étonnant, mais les gens viennent !

Q – Vous avez des exemples ?

12bis – Oui. Je pense qu'il faut qu'on s'arrête sur ça, qu'on reprenne un peu tout ça. Qu'on prenne le temps, que ça mérite du temps.

Q – Du coup, il y a des consultations où vous n'abordez pas le sujet pour le motif du temps, par manque de temps ?

13 – Non, le plus souvent, c'est que ça ne me vient pas à l'esprit.

Q – Il n'y a pas un manque de temps. Comme vous l'expliquez, si ça survient en fin de consultation, vous proposez une autre consultation ? C'est une démarche ?

13bis – Oui, si je pense qu'il y a une histoire difficile, c'est bien d'en reparler. Je ne vais pas m'empêcher d'en parler à cause du temps. Ça peut arriver.

Mais finalement, c'est plus que je n'y pense pas. C'est un des freins. Je me dis que si je le notais, peut-être que je le ferais. En tant que médecin généraliste, quand ce sont nos patients, des gens qu'on suit, on n'est pas obligés d'aborder…on peut se donner le temps, au cours du suivi de cette personne-là, on sait qu'on n'a pas posé cette question au cours

des consult, ça vient à un moment donné, on l'a en tête et on va en parler comme pour la dyslipidémie, etc.

Je pense que si c'était posé, je le ferais plus, plus facilement. Ça devrait être fait avec le dossier informatisé. Les violences conjugales vont faire partie de la fiche de synthèse. Dans la nouvelle fiche de synthèse, on a mis les violences conjugales.

Q –Est-ce que c'est aussi parfois pour vous protéger que vous n'abordez pas le sujet ? Vous disiez : « C'est lourd, on réveille des histoires difficiles » ?

14 – Personnellement, non, je n'ai pas le sentiment. Il y a des moments où je ne vais pas l'aborder parce que je sens que ce n'est pas le moment. Mais non. C'est peut-être depuis l'enquête, où on s'est posé dessus, on avait fait des fiches avec des adresses, je ne me sens pas démunie. Après, ça ne fait jamais plaisir d'entendre des histoires lourdes.

Q – En tous cas, poser la question, vous êtes à l'aise avec cette démarche-là quand vous y pensez ?

15 – J'ai l'impression. Ma façon d'aborder les choses n'est pas tout à fait rôdée. Mais ce n'est pas un truc qui me terrorise.

Q – Ce n'est pas stéréotypé, vous posez la question qui vous vient, au cas par cas ? Comment vous faîtes ?

15bis – Oui, parfois, il y a des petites choses qui m'interpellent dans le discours de la patiente. « C'est curieux, pourquoi elle dit ça ? » Et ça va me faire penser à d'éventuelles violences conjugales.

Q – Et dans la consultation, il y a un moment privilégié ou pas spécialement ?

16 – Pas spécialement. Par contre il y a une chose, si les dames viennent avec des enfants, c'est pas un sujet que je vais aborder. Faut qu'il y ait un minimum de choses, être seule avec la patiente. Non je ne pense pas qu'il y ait un moment privilégié. Parce que l'examen clinique, ça peut être un moment intéressant pour poser cette question du fait qu'il y ait le physique.

Les gens peuvent parfois se cacher derrière les choses physiques. Je ne sais pas. Est-ce qu'il y a un moment privilégié ?… Ce n'est pas organisé, ce n'est pas stéréotypé.

Q – Est-ce que vous avez de mauvaises expériences qui vous font ne pas vous lancer de nouveau dans un dépistage ?

17 – Non, il n'y a rien qui me vienne en tête. Pas spécialement.

Q – En tous cas, ce n'est pas un problème de réseau, vous savez très bien vers qui vous orienter ?

18 – Non, je crois que je le connais à peu près. On va avoir une formation bientôt. Ça permettra de revoir un peu les choses.

Q – Est-ce que vous avez en tête une situation de violence conjugale que vous avez dépistée, gérée, que vous pourriez nous raconter ? Une situation qui vous aurait marquée plus qu'une autre?

19 – Il y a une dame que j'ai accompagnée assez longtemps, qui avait des douleurs lombaires et des cervicalgies importantes. Pour moi, il y a avait une conjugopathie vraiment très importante. Pas de violence physique à ma connaissance, mais à cette époque je ne posais pas la question. Il y avait des violences plutôt psychologiques. Cette dame, elle parlait souvent de son mari, en négatif. Elle rapportait une forme de violence. Tout était somatisé, c'était étonnant, sa présentation physique. Elle était raide comme la justice. Je la voyais pendant longtemps toutes les semaines, il y a une période où je la voyais même tous les deux jours, tellement elle allait vraiment mal. Elle était allée à Solidarités Femmes, où manifestement elle avait trouvé pas mal d'appui. Elle a eu l'énergie, parce que c'est ce qu'elle souhaitait depuis longtemps, de quitter son mari. Je ne l'ai revue qu'une seule fois après. Elle était complètement métamorphosée au niveau physique. Même si je m'en doutais un peu, mais c'était impressionnant. Elle disait : « J'ai laissé la montagne dehors ». Elle se mobilisait beaucoup mieux. J'ai quelques informations maintenant, par ses enfants.

Q – Vous ne la suiviez pas pour autre chose ?

19bis – Si, si, si. J'étais son médecin traitant, mais du fait de la séparation, elle a quitté le quartier. Elle m'avait appelée pour m'expliquer pourquoi elle ne venait plus ici.

Q – Et votre première confrontation à une patiente qui était victime de violences conjugales, vous vous en souvenez ?

20 – Non. Les choses, elles nous échappent, et aussi tant mieux.

Il y a des dames, on continue à les suivre. Il y a eu une période de crise où elles sont venues, où elles ont posé leur histoire. On a échangé, on a parlé, on a éventuellement donné des coordonnées. Certaines vont être allées ; d'autres, elles laissent les choses dans un coin parce que ce n'est pas le moment, parce que, parce que, parce que. Je n'ai pas de choses particulières là-dessus. Ca suit son cours. On n'est pas maître de ça du tout, c'est fonction de la personne.

Q – Par contre, ça vous arrive régulièrement d'informer sur les associations ?

21 – J'ai mis…ah voilà, normalement, on le voit un petit peu plus. Là, je mets quelques brochures sur les violences conjugales sur mon bureau, qui disparaissent régulièrement, soit ouvertement, soit discrètement. Ça aussi, ça permet de montrer qu'on reste ouvert là-dessus.

Q – A quelle fréquence vous évaluez votre délivrance de l'information ?

22 – Je n'en sais rien du tout. C'est très variable, pendant 1 ou 2 mois, on ne va avoir personne. Je ne saurais pas répondre.

22bis - On n'a pas parlé des certif de coups et blessures. Il y a des gens qui viennent directement avec une demande de certificat.

Q – Ca, c'est fréquent ?

22ter – Oui, moi je trouve que c'est assez fréquent.

Q – Une fois par mois ?

22q – Peut-être pas, non.

Q – Depuis que vous avez commencé votre pratique de médecin généraliste et maintenant, avec l'expérience, le recul, l'expérience, vous êtes plus à l'aise pour gérer les situations de violences conjugales ?

23 – J'ai l'impression, un peu. Parfois on reste toujours sidéré de voir certaines situations, surtout quand ce sont des patientes qu'on connaît depuis longtemps et qu'on est passé à coté, qu'on n'a rien vu. C'est toujours…c'est toujours gênant.

J'ai l'impression que j'ai plus d'outils, je sais plus.

Par contre, je pense qu'il y a encore beaucoup de progrès à faire en ce qui me concerne pour dépister plus. Ça serait pas mal.

Surtout que, quand on avait fait l'enquête, on s'était rendu compte que les appréhensions que personnellement j'avais avant, c'était : comment vont réagir les personnes ? Finalement, j'ai trouvé ça vraiment bien, parce que celles qui n'étaient pas concernées, elles étaient contentes qu'on en parle, et celles qui étaient concernées, moi je les voyais comme soulagées qu'on puisse en parler, qu'elles puissent poser leur histoire. On n'a pas à avoir d'appréhension là-dessus.

Q – C'est bien pris, c'est une démarche qui est bien acceptée ?

23bis – Et au contraire elles étaient plutôt soulagées, et aussi même presque reconnaissantes qu'on aille vers elles. Donc, des progrès à faire, mais il y a des choses qui sont encourageantes.

Q – Par rapport au dépistage des hommes violents, est-ce que c'est quelque chose qui est faisable, qui est fait ? Vous en pensez quoi ?

24 – Là, je suis nettement moins à l'aise…Par contre, là, je ne saurais pas trop comment faire. Lorsqu'il y a un problème d'alcool ou autre, là, c'est facile d'introduire la notion de violence, de questionner s'il y a des débordements. Je trouve que c'est un point d'accroche qui peut fonctionner. Mais comme ça, ça ne me paraît pas évident. Sauf s'ils tendent une perche, s'ils jettent un coup d'œil là-dessus (brochure sur bureau), qu'ils font un commentaire. On peut sauter sur l'occasion.

Q – On pose la question, parce qu'il y a des médecins qui seraient plus à l'aise pour dépister les hommes violents, plutôt que les femmes qui subissent les violences.

25 – Pas moi, c'est net ! Je ne saurais pas trop.

Q – Si vous évaluez vos besoins pour améliorer votre dépistage et votre prise en charge, il peut se concrétiser comment ce besoin ? Besoin de formation, besoin d'outils, de temps ?

26 – Besoin de formation, je pense que c'est bien. On va en avoir une sur les représentations de la violence. Ça, c'est une bonne chose.

Moi, il faut que sur ma fiche de synthèse je note un truc sur les violences conjugales et que je m'y attelle. De cette manière, je pense que je pourrais améliorer les choses. Après, des outils…

Q – C'est plus des choses qui vous feraient penser à aborder le sujet ? Des pense-bêtes, des piqûres de rappel, etc ?

27 - Oui, j'ai l'impression.

Q – Et après, il y a des médecins qui ne connaissent pas bien le réseau, alors rencontrer les intervenants du réseau ?

28 – Ca va être fait en deuxième partie de formation. Ca, c'est bien, c'est important quand on rencontre les gens, quand on voit mieux comment ils fonctionnent.

Q – Et une consultation dédiée à ça ?

29 – A mettre en pratique c'est pas simple, parce que faut faire venir les gens. Ce sont les gens qui prennent rendez-vous. On a essayé de faire des consultations approfondies pour les patients à 100%. C'est difficile de mobiliser les gens pour ça. Ça fait partie de la prévention. Dans l'idée, c'est bien. Mais on a du mal à le mettre en route.

Q – Et en parler en groupe de pairs, en groupe de parole ?

30 – C'est toujours intéressant, mais nous, en pratique, il y a toujours des réunions, des commissions, des formations, il y a plein plein plein de choses. Je ne sais pas si ça fonctionnerait chez nous. On est quand même assez sollicités, et je sens bien les gens, quand j'essaie d'organiser des trucs…les réponses, merci ! On a du mal ! C'est difficile de mobiliser les gens. Ça serait intéressant, concrètement faudrait peut-être le proposer à la formation.

Q – Dans le réseau, vous connaissez Solidarités Femmes, …

30 – Il y a Milena, AIV. Il y a Passible aussi, pour les auteurs.

Q – Il est performant ?

31 – Oui, les gens y trouvent des réponses.

Q – Et une consultation dédiée aux violences dans un lieu spécifique : hôpital, centre de santé, vraiment dédiée spécifiquement aux violences, auprès de qui on pourrait adresser les patients ?

31bis – Qui serait médicale ?

Q – Médecin ou infirmière spécialisée, des gens formés. Vous pensez que ce serait utile ou le réseau, il se suffit à lui-même ?

32 – Disons que pour les patients, ça peut être stigmatisant. Si tout le monde va au même endroit pour la même raison. Peut-être que ce serait plus intéressant, mis en médecine générale dans l'ensemble. Après, ça fait un lieu supplémentaire pour les femmes, donc, ce serait toujours bien. L'implantation géographique a son importance.

Q – Vous la verriez où, cette consultation, si elle existait ?

32bis - A l'hôpital, pourquoi pas ? Dans une structure un peu plus globale.

Je reste persuadée que les dames font leur chemin, elles prennent les choses à chaque moment en fonction de leur parcours à elles. Ca pourrait être intéressant.

Q – Ca existe en Suisse, depuis pas longtemps, c'est pour ça qu'on s'interrogeait sur l'intérêt. Une synthèse ? Autre chose à dire sur les violences conjugales ?

33 – Je suis contente qu'on en parle plus. Parce que je me rends compte qu'il y a beaucoup de personnes qui sont concernées, beaucoup de personnes sont en souffrance. Beaucoup sont dans l'impuissance, elles s'enferment dans des situations de vie en disant : « Bon, ben, voilà ».

Les gens s'enferment vraiment. Et on parlait de l'impact de la campagne, on disait que pour les médecins, ça n'avait pas changé grand-chose, mais peut-être que pour les patientes, pour les femmes, ça a changé quelque chose. Ca veut dire qu'on en parle plus, et elles s'autorisent plus à en parler. C'est extrêmement important.

Et il faut lever effectivement tous ces freins qui nous empêchent, nous, de faire les choses.

Q – Conscients et inconscients…

33bis – Oui. Moi je n'avais pas trop réfléchi aux freins que j'ai. Et finalement, il y a des choses qui me paraissent claires, là, tout de suite, que je pourrais faire simplement, que je pourrais mettre en place. Parce qu'on revoit les gens, parce que si ce n'est pas le moment, une autre fois, ça l'est. Ça permettrait d'aider, de soulager les souffrances, les lombalgies etc.

Q – On peut en faire un diagnostic différentiel à pas mal de tableau clinique finalement…

34 – Oui, oui.

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P9

Q – Une question assez générale : dans votre patientèle vous pensez qu'il y a quel pourcentage de femmes qui subissent des violences conjugales ?

1 – …1% peut-être, je ne sais pas. Il y a des choses que j'ignore. Je n'en ai pas énormément, des gens qui présentent ça, même dans toute ma carrière. Ce n'est pas mon pain quotidien. Et pourtant, on pourrait croire que là où je travaille, ça pourrait l'être, mais c'est pas le cas. Je n'induis peut-être pas…J'ai des cas en mémoire, mais c'est loin d'être tous les jours.

Q – D'accord, vous avez des exemples en tête, vous en avez combien ?

2 – Une, 2, 3, je dois en oublier. Peut-être 4-5.

Q – En ce moment, vous en suivez 4-5 ?

3 – Non, non, en mémoire. Pour dire, ça fait vraiment pas beaucoup. Il y a en a certainement plus. Il y en a que j'ai oubliées.

Q – Et l'importance des violences conjugales en termes de répercussions sur la santé des femmes ? D'après vous ?

4 – C'est très variable. J'en ai une en mémoire, c'était une violence verbale, psychologique, qui maintenant est séparée et me paraît très heureuse. Je pense qu'elle le vivait très très mal, ça a duré très longtemps.

Q – Ca se concrétisait comment sur la présentation ? Sur la santé ?

4bis - C'était une grande tristesse. Je ne la voyais pas beaucoup. Je pense qu'elle a eu une vie pendant très longtemps très moche. Elle commençait sa vie de femme. Elle venait du Maghreb, dès le début, elle a été dénigrée par son mari qui avait fait des études supérieures. Elle, elle était travailleuse familiale. Ils faisaient lit à part, il ne voulait plus manger avec elle. Quand elle décrivait, c'était assez terrible.

Q – C'était plutôt des symptômes psychologiques ?

5 – Oui, oui. Chaque fois que je la voyais pour autre chose, elle m'en parlait. C'était quand même quelque chose qui, dans sa vie…Et ça a duré…bien une douzaine d'année. Maintenant elle a divorcé et elle paraît épanouie.

J'ai un autre exemple. C'est quelqu'un qui venait pour des violences physiques, des certificats de coups et blessures, mais qui n'allait pas quitter son mari, jamais de la vie. Maintenant, le mari, il a 65 ans, il est très malade. Ca a dû se tasser parce qu'elle ne m'en parle plus. Elle s'occupe de son mari. Maintenant, c'est devenu le couple. Elle a peur quand il est malade. C'est pour dire qu'il y a aussi tout ça, toutes ces contradictions ; entre « il me bat, je veux le quitter » et « je peux pas être sans lui ». Moi, dans ma carrière, j'ai eu beaucoup de moments comme ça, où il y avait des plaintes, des certificats de coups et blessures et en même temps, pas la volonté de partir. C'est très difficile, après, de conseiller quelque chose.

Ou après, j'ai le cas de femmes plus jeunes, qui étaient malgré tout débrouillardes, et qui se sont toutes débrouillées seules. Et un beau jour, elles m'ont dit : « Ca y est, maintenant, je

suis divorcée, c'est fini ». Elles étaient venues pour des certificats et on ne voyait pas une souffrance psychologique énorme.

J'ai un autre exemple d'une femme que j'ai suivie un certain temps ici après, et qui a tué son mari suite à des violences conjugales. Qui a été acquittée. Ça s'est pas passé ici, ça s'est passé à Vienne. J'ai fait sa connaissance après. Donc là, c'est allé très très loin. Mais je ne sais pas comment elle était pendant. Quand elle était venue là, elle avait été acquittée. Elle était encore très choquée, mais elle avait repris, c'était du passé, elle vivait.

Q – Pour vous, c'est quoi votre représentation du rôle du M.G auprès de ces femmes qui subissent des violences conjugales ?

6 – C'est faire le certificat médical, parce que pour porter plainte, il faut le certificat. C'est éventuellement les orienter vers des associations.

Mais c'est aussi, et c'est là que je trouve çà quand même très compliqué, et ça j'ai appris avec le temps, savoir ne pas quitter sa place. Ça veut dire ne pas vouloir une séparation, on va dire, de corps, sans qu'au fond la femme ne le veuille vraiment.

J'ai un autre exemple. Une femme, elle fait enfant sur enfant. C'est terrible chez elle. Mais n'empêche que, hop, elle fait un autre enfant. C'est pareil. Elle vient pour avoir de l'aide, mais n'empêche qu'une fois, elle est allée en foyer, puis elle est rentrée à la maison, et hop pour refaire un enfant. On ne peut que accompagner, mais on ne peut en aucun cas prendre sa place, ou tout compte fait, la critiquer pour dire : « Vous n'êtes pas logique, vous venez là, vous pleurez, vous n'en pouvez plus, votre mari c'est horrible, et 3 mois après, c'est la troisième grossesse ». Et elle n'est pas idiote, je veux dire, elle est capable de prendre une pilule. Moi j'ai beaucoup beaucoup vécu ce genre de situations qui paraissent contradictoires a priori et qui ne le sont pas. Parce que je pense qu'il y a la violence, la peur de se retrouver seule, la peur de ce que disent les autres, ne pas savoir comment élever les enfants et tout ça.

Mais garder malgré tout sa place, on ne peut que accompagner, on ne peut pas…

Q – Garder sa place, ça veut dire ?

7 – Ne pas, en tant que femme surtout, dire : « Mon dieu, comment vous pouvez accepter ça ? Il faut absolument que vous fassiez quelque chose, il faut partir de là. »

Non, non, non, on ne peut pas faire ça. Parce que très souvent, ce n'est pas comme ça que ça va se passer et ce n'est pas comme ça qu'elles veulent que ça se passe. Mais j'ai très souvent vu ça et j'en ai discuté avec des psychiatres et c'était le même constat. Cette apparente contradiction entre ce que vivent les femmes, les plaintes qu'elles peuvent avoir et finalement les décisions qu'elles prennent et qu'elles peuvent prendre. C'est tout intriqué.

Q – C'est toute la complexité de l'accompagnement…

7bis- Voilà…

Je pense qu'il faut qu'on reste malgré tout…très réservé…Réservé, c'est peut-être pas le mot, mais on n'a pas à montrer notre outrance. « Comment elle vit ça, comment elle peut supporter ça !». Je pense qu'on a à accompagner, à faire des certificats, à donner des adresses, à être là quand on nous demande d'être là, quand on nous demande notre avis, de le donner. Mais on ne nous le demande pas, en général, très rarement. « Qu'est-ce que vous

en pensez, vous, docteur ? » … J'entends rarement ça. Dans d'autres domaines je l'entends, mais pas là.

De temps en temps, un autre frein, c'est aussi quand on suit toute la famille. Quand on suit aussi le mari, on est pris entre deux chaises, mais ça m'arrive assez rarement, que je suive les deux. Mais je peux m'imaginer que c'est aussi une problématique.

Q – Donc, le rôle que vous décrivez, c'est plutôt une prise en charge, orientation, accompagnement…

8 – Accompagnement, mais assez neutre.

Q – Donc, c'est à partir du moment où la patiente, elle en a parlé. Et le rôle de dépistage alors ?

9 – Le rôle de dépistage, oui, évidemment. Quand je vois quelqu'un qui parle d'insomnie, cauchemars, tristesse…, tout ça, on pose aussi la question : « Comment ça va avec votre mari ? Comment ça se passe à la maison ? ».

Et quand quelqu'un vient en disant : « Je me suis engueulée avec mon mari ». « Mais ça arrive souvent, il ne vous bat pas ? » Voilà, on enclenche. Mais je ne vais pas poser la question systématiquement. On avait fait une enquête, à un moment donné.

On devait poser la question à toutes les femmes, si dans leur vie elles avaient déjà subi des violences verbales, physiques, sexuelles… pas forcément du conjoint, en tant que femmes, quoi. Je n'ai pas eu énormément de réponses positives. Mais bon, on ne sait pas tout non plus, on ne nous dit pas tout. Je pense qu'il peut y avoir la honte, l'envie d'oublier parce que c'est du passé, des femmes qui minimisent. C'est peut-être difficile de se dire : « Je supporte tout ça et je ne m'y oppose pas, je ne dis rien. » Donc, bon, on ne dit rien. Certainement.

Q – Pour vous, le dépistage, aborder le sujet des violences conjugales avec une patiente, ce serait dans quelles circonstances, du coup ?

10 – Sur des signes d'appel. Tristesse, insomnie.

Q – Un profil de patiente ?

11 – Non, pas forcément, ça peut être n'importe qui.

Q – Sur des symptômes psychologiques, physiques ? Lesquels par exemple ?

12 – Une personne qui a plein de bleus, je vais poser la question. C'est évident. Je ne vais pas, de but en blanc, à chaque femme, poser la question : « Votre mari il ne vous bat pas ? » ou, d'une façon un peu plus soft, aller dans ce sens.

Q – Et le questionnement systématique ?

13 – Non, non…

Q – Pourquoi ?

13bis – Moi, on me ferait ça, je le prendrais très mal. Qu'on me pose des questions comme ça, sans que moi je donne l'autorisation, que je donne quelque chose, je donne l'ouverture pour qu'on me la pose. Je trouve, c'est rentrer dans ma vie privée et j'ai rien demandé.

C'est pas parce qu'on est médecin, qu'on a le droit de rentrer comme ça dans ma vie privée. C'est personnel. N'empêche que je ne vais pas faire à autrui ce que je n'aimerais pas qu'on me fasse, d'accord ?

C'est peut-être bizarre. Mais pour moi, si je veux bien qu'on me pose des questions, c'est que je donne un petit quelque chose, j'ouvre pour qu'on puisse me la poser. Autrement, je n'accepte pas qu'on me pose des questions sur tout et n'importe quoi. Certainement pas.

Donc, je peux m'imaginer que d'autres femmes peuvent ressentir la même chose, ou d'autres hommes, sur d'autres sujets ! En tant que médecin, je ne me sens pas non plus le droit de poser des questions sur tout. Je peux demander aussi : « pour qui vous votez ? », à la limite ! Pourquoi pas ? Et si vous votez Front National, c'est que vous êtes bien malade ! Je dis n'importe quoi, mais bon voilà ! (rires)

Je crois qu'il y a des secteurs privés, pour en parler il faut que l'autre donne une ouverture. Comme les femmes voilées, je ne vais jamais aborder ce sujet si la femme - et pourtant ça me fait quelque chose – elle ne me donne pas une ouverture pour que j'en parle.

Pour moi, c'est un respect de la personne.

Q – Parce que ça fait partie de la sphère privée ?

14 – Oui, tout à fait.

Q – A quelle fréquence vous posez la question dans vos consultations, vous abordez le sujet ?

15 – Une fois par mois. Ce n'est pas très fréquent.

Q – C'est plutôt à quel moment de la consultation, si vous en parlez ?

16 – Ca peut être n'importe quand. Ça dépend vraiment. Quelqu'un qui vient pour une banalité et qui d'un coup pleure sur ma table d'examen, ce qui arrive, je vais poser des questions, et ça peut être là-bas. Qui se met à pleurer ici, ça peut être ici. En début de consultation, en milieu…Il n'y a pas de règle. Ça dépend de ce qui se passe en consultation, de ce qu'on me dit, comment on se présente.

Q – Dans votre patientèle, on n'a pas précisé, mais vous avez beaucoup de femmes ? Autant de femmes que d'hommes ? Des enfants ?

17 – J'ai beaucoup de femmes, et de plus en plus de femmes de mon âge ou plus âgées. C'est vrai que c'est peut être plus rare chez une femme de mon âge que chez une femme de 20 ou 30 ans. Mais bon, si je regarde dans le passé, ça n'a pas été mon quotidien.

Q – Est-ce que vous pensez que le fait de bien connaître une femme, une patiente, ça facilite le questionnement ? C'est un plus ou pas ?

18 – Ca peut être un plus. Je connais la plupart de mes patientes depuis très très longtemps. Elles me racontent beaucoup de choses.

Mais en même temps, ça peut aussi être un frein parce qu'elles donnent malgré tout une certaine image qu'elles n'ont pas envie de perdre. C'est comme pour la délivrance du Viagra, il y a des gens qui ne vont pas chez leur pharmacien, ils vont chez un autre pharmacien, qu'ils ne connaissent pas, parce que celui-là, ils le connaissent trop bien. Des

fois, de trop bien connaître, c'est aussi un frein pour livrer un peu les choses. Cet exemple, ça me frappe chaque fois, on va aller là où on ne connaît pas. Probablement certains de mes patients vont voir un autre médecin pour en demander. Maintenant, il y a la difficulté du parcours de soins coordonné. Ça devient difficile d'aller voir un autre médecin. Mais n'empêche que ça doit exister.

Donc bien connaître quelqu'un, ça peut aider oui, mais ça peut être un obstacle aussi, parce qu'on se connaît trop bien et qu'on a trop envie, malgré tout, de donner une certaine image.

Q – Vous disiez, c'est pareil quand on connaît le conjoint ?

19 – C'est encore autre chose, mais oui, d'autant plus. Mais je ne suis pas énormément de couples.

Q – A contrario, qu'est-ce qui fait que vous ne posez pas la question très régulièrement en consultation aux patientes ?

20 – C'est ce que je vous ai exposé tout à l'heure.

Q – C'est votre principal frein ?

21 – Oui .C'est si on me donne pas d'ouverture, une toute petite, ça peut être n'importe quoi. Une toute petite ouverture pour que je puisse poser la question. Mais de but en blanc, quelqu'un qui vient pour une angine, ou pour le renouvellement de son traitement anti-hypertenseur, je ne vais pas faire ça. Non.

Q – Est-ce qu'il y a un problème de temps ?

22 – Non, pas du tout. Vraiment pas. Je prends le temps qu'il faut pour ce qu'il faut. En général pour tout.

Q – Est-ce qu'on cherche à se protéger soi-même par rapport à des sujets délicats ?

23 – Je ne crois pas. Mais peut-être, c'est possible. Mais vraiment, c'est que personnellement, si moi je ne donne pas l'ouverture, je n'aimerais pas qu'on me pose des questions très très personnelles.

Q – Vous appréhendez la réaction de la patiente ?

24 – Quand on a fait l'enquête, on posait systématiquement la question à toutes les femmes et c'était à peu près accepté, parce que c'était l'enquête. Et j'ai bien présenté ça au départ : « C'est une enquête et je vais poser la question à tout le monde ».

Je pense aussi que poser cette question-là comme ça, ça peut aussi vouloir dire : « Mon médecin pense que je suis une victime, que je n'ai pas les capacités de me défendre, donc il pose une question sur un sujet dont je lui ai jamais parlé ». Vous voyez ce que je veux dire ?

On peut faire penser à l'autre qu'on a, entre guillemets, une image pas très bien de lui. Autrement, si moi je pose la question, il y a une réalité derrière, pourquoi l'autre ne m'en a pas parlé ? C'est qu'il n'en est pas capable, c'est qu'il a honte ? Donc, moi, je peux supposer qu'il est tellement mal avec tout ça, avec lui-même, avec moi, qu'il ne m'en parle pas, donc je lui pose la question.

Donc, je donne à penser que je pourrais avoir une mauvaise image de cette personne-là. Parce que je pose une question dont elle ne m'a jamais parlé ! Vous voyez ce que je veux dire ? C'est peut-être aborder ça de façon détournée, mais dans ce sens-là, je ne le fais pas. Non.

Q – Ce n'est pas un problème de prise en charge ? Vous savez comment ça se passe par la suite ? Des fois, c'est parce qu'on ne sait pas gérer qu'on n'ose pas trop dépister ?

25 – Non, non, ça n'a rien à voir. Ce n'est pas facile à gérer, parce qu'il peut y avoir des violences conjugales, mais la femme ne souhaite ni en parler, ni changer quoi que ce soit. Ça arrive. Mais c'est tout.

Q – Vous connaissez le réseau des associations sur Grenoble ? Vous savez rebondir ?

26 – Oui, bien sûr. Ce n'est pas par crainte de ne pas savoir quoi en faire.

Q – Un peu dans le même registre : Est-ce que dépister les hommes qui sont violents, qui sont acteurs de violences conjugales, ça vous est arrivé ? Est-ce que vous pensez que c'est possible, que c'est le rôle du médecin ?

27 – Je pense que c'est possible. Ça peut être le rôle du médecin. Quelqu'un qu'on sent franchement violent dans la vie de tous les jours, on peut supposer qu'il est aussi violent chez lui. Là, c'est encore plus compliqué, parce que c'est des gens qui peuvent aussi être violents ici. Là, on n'est pas bien. Là, c'est plus une protection personnelle. Quelqu'un qu'on sent violent même avec nous. On fait en sorte que les choses se passent bien. Donc, aller dans ce sens-là, il faut le faire avec beaucoup de doigté. C'est pas facile du tout.

Quelqu'un qui vient nous parler, disant : « Je ne supporte plus rien », bien sûr. J'ai actuellement l'exemple d'un couple d'Ex-Yougoslavie. Ils ont 35 ans. On ne peut pas parler vraiment de violence conjugale. C'est un couple qui est en permanence en train de s'opposer. Des fois, ils viennent tous les deux là pour régler leurs comptes, mais c'est verbal. J'ai posé la question, je les vois des fois seuls. « Votre mari, il ne vous bat pas ? ». Et au mari jaloux, à fleur de peau, j'ai demandé s'il ne battait pas sa femme. Là, j'ai posé les questions franchement. Aussi parce qu'ils venaient en confiance, seuls, à deux. Ils m'exposent tout ça : « Faut pas dire que je suis venue. Faut pas le dire à mon mari ». Evidemment je ne dis rien, c'est le secret médical. J'ai la confiance des deux, donc je peux poser la question, mais ce n'est pas toujours aussi facile. Là, bien sûr, je la pose.

Q – Faut une relation de confiance ?

28 – Oui, bien sûr. Et faut aussi que l'autre ne me saute pas à la figure. Je me protège aussi ! Je ne vais pas jeter l'huile sur le feu. Après, si je connais sa femme, je peux le savoir de façon détournée : « Oui, il me bat », et un beau jour, je peux essayer de lui dire : « Avec votre femme, comment ça se passe ? ». Le couple auquel je pense, lui, il était violent vis-à-vis de sa femme, je les suivais tous les deux, on en a quand même parlé. Je lui donnais un médicament pour qu'il soit un peu plus détendu, un peu plus calme. Là, il y a un échange par rapport à son état de nerf tout le temps. Mais ce n'était pas quelqu'un de violent ici. Ça pouvait se faire, il entendait.

Q – Est-ce que vous vous souvenez de la première situation à laquelle vous avez été confrontée ? Ou une situation qui vous aurez marquée ?

29 – Non, j'avoue que non. Cette femme qui a tué son mari, ça m'avait marqué. Mais j'ai rien vécu du tout. Ce couple qui se chamaillait, maintenant ça va mieux, parce que je les ai vus « x » fois. On en fait beaucoup, des certificats de coups et blessures.

Violences conjugales… c'est des couples qui se séparent, c'est l'ex, c'est tout ça, quoi ! Ce n'est pas forcément des gens qui ont été mariés, qui ont des enfants ? Là, on en a pas mal, des jeunes entre 20 et 30 ans. C'est sûr.

Q – Et une situation qui vous aurait touchée, émue, que vous auriez accompagnée ?

30 - Je ne me souviens plus des détails, mais au début que je travaillais, je me souviens de situations que je trouvais insupportables. Je voyais la femme souvent, je voulais la soutenir. «Ecoutez, faut faire quelque chose. Vous ne pouvez pas rester ! ». Ça a tout fait « flop »,

parce que ce n'était pas sa demande. Elle ne voulait pas partir, elle ne voulait pas se retrouver toute seule. Ne travaillant pas, ayant des enfants, elle voulait que ça s'arrête, que son mari s'arrête, mais elle ne voulait pas le quitter. C'est ce que je disais au début, j'étais complètement en porte-à-faux. Que ça s'arrête, c'est pas toujours facile, vous allez porter plainte, ça va peut-être lui faire peur. Mais elle ne voulait pas non plus aller en foyer avec les enfants, c'était hors de question. Au fond, il fallait que je trouve une solution pour que le mari arrête de faire ça ! Pas toujours facile, souvent le mari je ne le connaissais même pas ! Ou c'était comme ça très à chaud, et puis deux jours après, elle n'avait plus le même discours. On avait remué ciel et terre et « Non, non, je ne veux plus aller en foyer. Non, non, ça va mieux ».

Q – Maintenant vous géreriez différemment, avec l'expérience ?

31 – J'ai un peu plus de recul et je sais que ce qu'on dit aujourd'hui n'est pas forcément ce qu'on dit demain ou après-demain. Quand quelqu'un vient ici, en pleurs parce qu'elle s'est pris plein de coups, ça ne veut pas dire forcément que deux jours après, elle a le même discours. Il faut donner le temps, revoir, faire le certificat, parce qu'au fond c'est toujours ça la demande, pour aller à l'Hôtel de Police. Des fois, elles ne veulent pas porter plainte : « Gardez-le dans votre dossier ». C'est éventuellement, si ça continue. Ça, c'est arrivé relativement souvent. Et éventuellement dire : « Je vous revois, vous voyez comment ça se passe à la maison, vous venez ». On laisse la porte ouverte, on accompagne, on va voir comment évolue la situation.

Q – Et vous faîtes appel à quels partenaires ?

32 – Il y avait très souvent Solidarités Femmes et maintenant Miléna.

Faut laisser la porte ouverte : « Quand ça ne va pas, vous venez, si vous changez d'avis, si vous voulez parler, si vous voulez un certificat, vous venez ! ».

Q – Faut pas aller plus vite que la musique !

32bis - Faut pas vouloir faire à la place des gens, avec notre ressenti. On n'est pas dans leur peau, on n'est pas dans leur vie. Mais rester disponible.

Q – Est-ce que vous avez l'impression qu'une fois que vous avez mis le doigt sur une situation de violences conjugales chez une patiente, ça vous aide pour la prise en charge globale, pour mieux la comprendre sur plein de choses ? Est-ce que c'est un plus dans votre travail ?

33 – Non, je n'ai pas eu le cas. « Ah maintenant, je comprends pourquoi ceci, cela… »

Q – Vous pensez que vous avez besoin de quoi pour améliorer votre façon de dépister, d'accompagner, d'orienter les patientes victimes de violences conjugales ? Qu'est-ce qui vous permettrait de mieux les dépister sans être intrusive, comme vous avez peur de l'être ? Qu'est-ce qui vous permettrait de les amener à vous en parler ?

34 – Peut-être arriver à montrer que je ne juge pas. Je suis juste un outil. Peut-être avoir une meilleure…, mais je ne suis pas psychiatre, je ne suis pas psychologue. On le devient peu à peu, à force, mais…mieux appréhender à quel moment il faut aider une personne pour que ça s'arrête, pour la sortir de là, l'amener jusqu'au bout, et les situations où la sortir de chez elle, c'est encore pire, parce qu'on va encore plus déstructurer toute sa vie, parce que, par ailleurs, il y a d'autres problèmes. C'est pas toujours la bonne solution, malgré tout, je crois. Ça dépend si l'autre, il est violent au point où elle se retrouve avec des fractures à l'hôpital. C'est pas la même chose que celui qui a un comportement méprisant, qui est plutôt dans quelque chose de psychologique, qui est plus ou moins bien supporté. Il y a des degrés dans les violences.

Q – Et juste pour améliorer le dépistage, pas la prise en charge, ça compte aussi, bien sûr, mais là, juste le dépistage? Trouver des mots…qui feraient moins jugement ?

35 – Trouver une méthode qui ouvre les portes sans forcément être trop orientée sur ce problème-là. Pour qu'en face on entende : « Tiens, je peux parler de moi, pas forcément de violence, de ce que je veux, de mes soucis »…Je crois que je le fais.

Q – Et concrètement, ça serait quoi, c'est une formation qui pourrait vous aider ?

36 – Moi, je n'ai pas de demande. Je n'ai pas de demande. C'est probablement prétentieux. Mais non, là-dessus, je n'ai pas de demande de faire autrement.

Q – Même pas en discuter avec des confrères en groupe de pairs?

37 – Oui, ça, on le fait. Mais, par exemple, je suis plus mal à l'aise à détecter l'abus de toxiques chez les jeunes. Là, j'aurais peut-être besoin d'avoir plus de méthode que là-dedans.

Pas de besoin, mais garder tout ce qui est possible au niveau juridique, les associations…Parce que ça change.

Q - Rester à jour par rapport au réseau ?

37bis – Oui, tout à fait, ça oui.

Q – Vous avez parlé de l'enquête en 2010. D'avoir fait cette enquête, ça a changé votre façon de faire ?

38 – Non.

Q – Et depuis 2010, vous avez l'impression que les femmes vous en parlent davantage ?

39 – Non. Ça n'a rien changé pour moi.

Ce qui serait intéressant et que je ne saurai jamais, c'est combien de patientes que j'ai subissent des violences conjugales sans en parler. Ça c'est clair, je ne le sais pas.

Si j'ai une suspicion forte, je me débrouillerai pour le savoir, pour amener ça de façon adéquate, sans paraître intrusive. Mais quand je n'ai pas de suspicion, je n'y vais pas. C'est certain, si j'ai l'impression qu'il y a un truc qui ne tourne pas rond, je me débrouille.

Q – Vous y pensez assez facilement à ce problème-là ? Il y a des médecins qui disent ne pas poser la question parce qu'ils n'y pensent pas.

40 – Oui, j'y pense. Je n'y pense pas toutes les minutes, mais j'y pense. On a quand même pas mal de certificats de coups et blessures dans des circonstances comme ça. C'est très souvent des gens jeunes, et des filles qui se débrouillent. Avant, j'avais beaucoup plus de femmes totalement démunies qui venaient du bled, qui n'avaient personne, qui étaient illettrées. Là, c'est la catastrophe, elles ont peur de tout, elles savent pas comment faire. Là, c'est plus des filles, elles viennent pour le certificat, elles portent plainte, c'est dur, elles pleurent, le mec se fait jeter. Ça y est, c'est fini, je suis divorcée et c'est terminé. Il y a une période dure mais…

Q – Il y a un changement au niveau du comportement des femmes ?

41 – J'ai l'impression. En tous cas la clientèle à laquelle je pense. Mais les autres ne s'expriment peut-être pas. C'est tout caché, c'est possible. Celles qui sont écrasées par leur conjoint. Là, je vois la partie qui parle. Des femmes qui se débrouillent dans la vie. Qui ne demandent rien, sauf le certificat. Elles ont leur avocat. Et bien sûr, ce n'est pas facile.

Q – Il n'y a pas de dépistage dans ces cas-là, c'est elles qui font la démarche?

42 – Oui, elles en parlent facilement, en plus.

Q – Vous voulez faire une synthèse, le mot de la fin ? Quelque chose à dire sur les violences conjugales qu'on n'aurait pas abordé?

Avec toutes les campagnes, est-ce que les femmes se confient plus qu'avant ?

43 – Je pense qu'il y a moins de honte qu'avant, comme pour les viols. Peu à peu, on dit des choses qu'on ne disait pas avant. Mais ce n'est certainement pas fini. Mais vu que c'est des femmes qui n'en parlent pas, c'est difficile à évaluer. Quel est le pourcentage de femmes violentées qui n'osent pas en parler ?…C'est clair je le nie pas.

Peut-être que je me trompe quand je pense que certaines personnes sont assez avisées par rapport à ce sujet pour oser en parler…Peut-être que je me trompe, c'est possible…

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P10

Q – Question assez large d'abord, dans ta patientèle, est-ce que tu as une idée de l'importance, du pourcentage des femmes qui peuvent subir des violences conjugales ? A peu près…

1 – Non, je vais te répondre que j'ai une vague notion des statistiques nationales, mais qui ne correspondent pas du tout au regard que je porte sur la patientèle que je vois. J'imagine que c'est facile plus que 1 sur 10, et que moi j'en n'imagine quasiment pas.

Q – En terme de répercussions des violences conjugales sur la santé ? As-tu des exemples de ce dont ça peut être responsable.

2 – Des troubles anxio dépressifs…Je pense qu'il y a quand même peu de répercussions physiques, sinon on les voit.

Q – Tu avais été sensible à la campagne de 2010 ?

3 – Non, j'ai bien dû en entendre parler, mais ça ne m'a pas marqué.

Q – Est-ce que tu as l'impression que les femmes en parlent plus depuis 2010 ?

4 – Non pas spécialement.

Q – Pour toi, le rôle du médecin généraliste par rapport aux violences conjugales, il consiste en quoi ?

5 - De dépister effectivement. Qu'on pose la question. Orienter, sensibiliser les patientes. Je pense qu'il y en a qui subissent sans savoir qu'elles rentrent dans le cadre des violences conjugales. Le but serait de les faire entrer dans un réseau, qu'on ne connaît peut-être même pas très bien, moi je ne saurais pas comment je m'y prendrais.

Q – Orienter ça veut dire ça ?

6 – Oui, conjointement avec le suivi par le médecin généraliste. Orienter, ça ne veut pas dire passer la main. C'est vraiment qu'elle soit entourée sur le plan pluridisciplinaire. L'assistante sociale, la psychologue, la justice. Je pense qu'il y a un réseau qui tourne plus ou moins bien en fonction des secteurs, j'imagine.

Q – En terme de dépistage, comment tu envisages la chose ?

7 – Ben…C'est une bonne question. Je suis revenu sur l'idée de poser la question systématiquement.

Q – C'est une chose que tu avais pratiquée à un moment ?

7bis – On avait fait ça à un moment. X nous avait dit : « Essayez de poser la question des violences à toutes vos patientes, vous allez être surpris ». J'ai fait ça un certain temps et en fait je trouve que ça ne mène à pas grand chose. On apprend des choses, mais sur les antécédents de violences sexuelles surtout. Je ne suis pas sûr que ce soit intéressant pour la patiente, en fait.

Q- De poser la question en systématique ? Parce que les réponses que tu avais eues c'était quoi ?

8 – Souvent, il s'est passé des choses. Il y a des patientes qui disent non, puis « qu'est-ce que vous entendez par là ? », qui vont se poser la question, qui ne savent pas trop où elles en sont par rapport à ça. Il y en a, on a l'impression qu'elles ont quelque chose derrière la tête, mais c'est non, elles ne veulent pas en parler. Il y en a qui tombent des nues qu'on puisse poser cette question-là. Elles sont à mille lieux d'imaginer. Des fois à brûle-pourpoint…c'est pas le fait que ça fasse bizarre, la question ne passait pas si mal, elle surprenait beaucoup mais elle passait pas si mal. Par contre, je trouve qu'on n'en fait pas grand chose derrière. « Oui j'ai eu un viol à l'âge de… ». Le dépistage ferait mieux d'être ciblé sans doute. Ce qui se dit, c'est de repérer les demandes multiples, récurrentes. Il faut savoir repérer le pourquoi de la consultation, qui est souvent masqué. Là, je pense qu'on n'est pas très bon, on n'est pas formé effectivement. Moi, en tous cas, je reste souvent un peu démuni face à certaines demandes, surtout quand elles sont un peu récurrentes. Voilà, ce n'est pas grave, mais les gens reviennent quand même, ça a l'air banal mais tu n'as pas de réponse. Je pense qu'il faut avoir cette idée-là derrière la tête.

Q – Aborder le sujet des violences conjugales plutôt dans des situations particulières ?

9 – Oui, les syndromes anxio-dépressifs, les fibromyalgies. Tous ces syndromes où on a l'impression qu'on inclut les gens dans un climat particulier. Là, je crois qu'il faut y penser, parce que ça peut être rentable.

Je crois que quand on est médecin traitant, ce qui n'est pas encore mon cas, et qu'on suit les gens sur le long cours, là c'est sans doute différent et c'est intéressant de bien connaître ses patients, et du coup c'est bien de poser la question même si on n'a aucune suspicion. Et là, on va peut-être avoir des surprises. Et on va sans doute aussi étonner beaucoup de gens.

C'est une question que je me pose aussi beaucoup sur les maltraitances aux enfants. Les taux sont aussi dramatiques et l'HAS (*Haute Autorité de Santé*) nous a sensibilisés à repérer les incestes. Et quand on voit le nombre d'enfants passer au cabinet, on se dit qu'on en laisse passer plein. Un sur dix.

Q – Pareil pour les femmes ?

10 – Je pense que c'est un peu moins prégnant…C'est peut-être pas une sur dix…Et je pense que c'est pas toujours aussi grave. Il y en a qui vont tolérer ça et qui n'ont pas de répercussion sur leur vie socio-familiale et médicale. Parce que des fois les gens nous rapportent des trucs, bon effectivement, il y a violence, qu'est-ce qu'on va faire dans ce cadre-là…

Q – Donc, toi, tu abordes le sujet devant des symptômes, un motif de consultation particulier ? Un profil de patientes ?

11 – Des fois, je pose la question aux hommes, j'y pensais en venant, aux hommes qui boivent. « Est-ce qu'il y a des violences à la maison ? ». Et ça c'est intéressant à dire, je pense que ça vaut le coup de poser la question aux hommes qui doivent souffrir aussi. Dépister ceux qui souffrent d'être violents. C'est peut-être aussi un moyen.

Q –Si on revient au dépistage des femmes, est-ce que tu penses qu'il y a un type de patiente plus à risque ? A qui tu poserais plus facilement la question ?

12 – Les patientes isolées, qui ont peu d'entourage familial, amis, professionnel. Les patientes jeunes.

Q – À ces femmes-là, tu poses plus facilement la question ?

12bis – Non. Disons qu'en tant que remplaçant, souvent je ne peux pas savoir si elles sont isolées. Des fois, ça ressort en fonction du motif de consultation.

Q – Le fait d'être remplaçant, tu ne poses pas la question ?

13 – Je ne me pose pas trop la question. Alors moi pourtant, je suis vachement axé prévention. Je pense aux vaccins, je pense au dépistage, au frottis, au tabac. Mais je n'ai pas inclus ça dans mon dépistage systématique. Alors qu'un remplaçant qui fait ça, sans doute, relèverait plein de situations dans le cabinet où il bosse. C'est sans doute opportun dans un bon nombre de cas…Je ne sais pas.

C'est vrai que d'en parler comme ça, on sent que c'est un dépistage qui est délicat. Même si moi je n'entends pas très bien l'argument de dire que je n'ose pas poser la question parce que j'ai peur qu'on me réponde oui. Alors c'est vrai que si on me répond oui, je suis un peu dans la merde, parce que je ne sais pas trop quoi faire. Pour autant, on est démuni comme tout le monde, je pense. Mais je pense que c'est un grand pas de fait, ça, j'y crois.

Q – Tu dis que ce qui t'empêche de poser la question, c'est d'être remplaçant ?

14 – Oui, non, c'est que je n'y pense pas. Je pense que je suis dans l'illusion que le monde il est tout beau, tout gentil, et vraiment je n'y pense pas. C'est surtout ça. Pourtant, c'est une préoccupation que j'ai quand même. Je suis plus tourné vers les enfants actuellement. Mais ce n'est pas pour autant que je pose la question. Les enfants, quand ils vont bien…

Q – Tu dis que tu n'y penses pas. Tu ne sais pas bien prendre en charge, ça aussi, c'est un frein ?

15 – Oui, je ne sais pas trop prendre en charge, mais ce n'est pas ce qui m'empêche de poser la question. C'est ce qui m'empêcherait peut-être de prendre en charge, mais pas de poser la question.

Il y a un autre frein, qui, a mon avis, est important, c'est que ce n'est pas facile de trouver la place pour ça en consultation. Les gens, comme c'est pas leur demande, ils nous sollicitent déjà suffisamment par autre chose. Du coup, ça aide à ne pas y penser et ça aide à ne pas prendre le temps.

Q – Une consultation c'est déjà bien chargé. Du coup, trouver le temps de poser cette question-là, d'aborder un autre sujet…Donc il y a un problème de temps ?

16 – Oui, il y a un problème de temps, je pense. Ce qui doit être moins vrai quand on connaît bien les gens.

Je pense que c'est un faux frein, parce que poser la question, ça prend 4 secondes. Après, en fonction de la réponse, ça peut prendre du temps, mais il faut reconvoquer, je crois.

Q – Donc, c'est quoi les vrais freins ?

17 – C'est surtout que j'y pense.

Q – Et tu n'y penses pas parce que tu as beaucoup de choses auxquelles penser ?

18 – Oui. Et il y a peut-être plein de raisons inconscientes pour ne pas y penser…

J'ai dans l'idée qu'une femme victime de violences est souffrante, et au cabinet, les gens, je n'imagine pas qu'ils souffrent de ça. Au fond, s'ils consultent, c'est bien qu'il y a une

souffrance quelque part. J'ai peut-être tendance à minimiser, les gens viennent pour des rhumes. Mais oui, on peut en profiter justement pour parler de choses graves comme les violences intrafamiliales. Ça mérite de se reposer la question de sa pratique.

Q – Est-ce que c'est un peu pour se protéger, des fois, qu'on ne pose pas la question ?

19 – Ca veut dire qu'on pense à poser la question mais qu'on ne le fait pas ? Non ce n'est pas bien le cas.

Des fois, on n'y pense pas vraiment, mais on sent qu'on n'a pas besoin de compliquer la situation. Quand il y a déjà plein de problèmes. Que les gens ont une demande à laquelle tu n'arrives pas à répondre, que tu n'arrives pas à soulager les angoisses. Je pense aussi aux milieux sociaux que je connais moins bien, les familles immigrées, familles nombreuses avec des mécanismes intrafamiliaux que je ne maîtrise pas, des fois ça fait des consultations bien compliquées, les femmes sont bien en demande, avec des plaintes multiples… Tu te dis déjà t'arrives pas à répondre, à encaisser. Alors que là, on y penserait plus facilement pourtant… Peut-être à tort, parce que je n'ai pas envie de catégoriser en disant qu'il y a plus de violences conjugales dans ces milieux-là. On y penserait plus facilement et on ne le fait peut-être pas parce que c'est déjà assez compliqué comme ça.

Q – Il n'y a pas une histoire antérieure un peu compliquée qui te gênerait ? Une sale histoire ?

20 – Non.

Il y a des sales histoires qui ressortent des fois, au planning familial. Ce n'est pas souvent parce qu'on ne creuse pas des masses.

Globalement, dans ce cadre-là, les psychanalystes incitent plutôt à ne pas aller très loin dans la discussion, à prendre les choses quand elles viennent et pas forcément à aller les chercher. Il y a eu des moments où les choses sont venues d'elles-mêmes, la personne s'est effondrée sur la table d'examen. Là, effectivement, moi, je suis déboussolé. Qu'est-ce qu'on fait ? On essaye de creuser un peu plus pour savoir où ça en est, d'inciter les gens à une prise en charge. Tu sens qu'il y a une souffrance, un antécédent traumatique. Et en fait, il faut que les gens soient prêts à prendre ça en charge pour eux-mêmes, et des fois il faut du temps. Voilà, c'est ce que j'ai retenu un petit peu. Et du coup, des fois, d'aller bousculer trop vite, trop fort…je ne sais pas. Des fois on entend dire - moi je ne connais pas ça-, qu'il y a des femmes qui viennent et qui en parlent à leur médecin parce qu'elles en prennent plein la gueule à la maison, et pourtant personne ne fait rien. Parce que ce n'est pas au médecin de faire, c'est à elles de faire, porter plainte, suivre la prise en charge socio-juridique. En fait, ce n'est pas à nous de faire, il faut laisser la victime, il faut l'aider à se prendre en charge, mais il faut prendre le temps qu'il faut.

Q – En effet, ce n'est pas du jour au lendemain.

20bis - C'est pour ça que je ne me force pas à être invasif.

Je crois qu'on ne se pose jamais assez la question. Moi, mon frein, il est principalement là.

Et ça, c'est un retour sur ma pratique, un recul qu'il faut que je prenne et j'ai au moins le mérite de me poser la question. Mais je crois que j'ai tendance à minimiser la situation

médicale des gens, parce que moins c'est grave, plus c'est facile à prendre en charge. Ça fait longtemps que j'y pense parce que je me dis : « il faut que je me méfie sur certains trucs ». Du coup, je me dis, à la fois je suis inquiet par certains tableaux cliniques, par le fait de laisser

passer des trucs et en même temps je suis rassuré de me dire que les gens vont bien. Et du coup, ce n'est pas grave. Et ça, ça fait ne pas y penser. C'est un peu tarabiscoté comme fin…ce n'est même pas bien clair pour moi…Il y a peut-être des gens qui vont voir le choléra partout et vont y penser plus facilement…Je ne sais pas.

Q – Peut-être que si tu savais mieux prendre en charge, ça te rassurerait sur tout ça.

21 – Oui, sans doute. Le fait d'avoir un réseau, de connaître le réseau, de savoir comment il marche…

Q –C'est quelque chose que tu ne connais pas ?

22 – Non. J'enverrai la patiente au CCAS. Je ne sais même pas s'il y a une association chez moi *(Thonon*).

Q – Une fois qu'on est en dehors…C'est sûr que sur Grenoble, il y a un réseau. Après, sur Thonon, il n'y a peut-être pas les mêmes moyens…

22bis - Je pense qu'il y a quelque chose…Ca, le fait d'être remplaçant, c'est un frein parce qu'on ne s'implique pas dans les réseaux, on ne cherche pas trop. Alors que quand tu es installé, tu es confronté une fois à un cas, tu te bouges pour trouver quelque chose et après, le réseau il est en place. Je pense au réseau périnatal des 2 Savoies. Ce qui me fait penser qu'il faudrait qu'on pense plus aux femmes enceintes…Et je ne pose pas la question.

Q – Tu dis que parfois, des femmes s'effondrent sur la table d'examen. Elles racontent des histoires de violences conjugales ?

23 – Au planning, c'est plutôt des jeunes, c'est souvent des antécédents de viol sur mineur. Au cabinet, j'ai vu 1 fois ou 2 une femme d'un certain âge dans une situation de conjugopathie, de mari violent, qui en parle : « Voilà, j'en suis là ». Elle en parlait facilement au remplaçant. Je m'assurais que la consoeur était au courant. Elle m'a dit « Oui, elle est au courant et pour le moment, on en est là ».

Q – C'est des femmes qui se confiaient spontanément ?

24 – Oui, peut-être bien que j'avais tendu une perche.

Q – Et à ce moment-là, qu'est-ce que tu ressens ? Il y a de la gêne ? Tu es à l'aise ?

25 - J'étais à l'aise parce que je n'avais pas grand-chose à faire.

En fait, je suis à l'aise pour poser la question et cadrer le problème.

Quand je sens qu'il y a un critère de gravité, une souffrance, que c'est pas pris en charge, que tu es le premier maillon à se mettre dans l'engrenage…là effectivement…Je me rassure en me disant : « quand même, de toute façon, on ne va pas tout faire aujourd'hui ».

Disons qu'une fois que tu te lances là-dedans, tu as le certificat, ça prend déjà une demi-heure. Faut discuter, ça prend encore une demi-heure. Faut trouver des solutions, ça prend

encore 20 minutes. Quand c'est dans l'urgence, c'est la galère. Ça ne m'est pas arrivé souvent, je n'ai pas de souvenirs, d'ailleurs.

Donc, je serai assez à l'aise de dire, quand on n'est pas dans l'urgence : « écoutez, c'est bien de m'en avoir parlé, on va déjà cadrer un peu le truc, on se revoit très bientôt, on fait ceci, on fait cela, en attendant essayez de voir Untel ».

Q – Depuis 2006, depuis que tu as commencé, tu as vécu des exemples comme ça ?

26 – Une fois ou deux…Mais je ne m'en souviens pas précisément. C'est bien pour dire qu'on n'y pense pas.

Q – Depuis 2006, tu n'es pas spécialement plus à l'aise avec le sujet ? Parce qu'on se demandait : est-ce que l'expérience ça peut aider ?

27 – Non …À moins de s'y mettre. Si on ne s'y met pas franchement…

Q – Faut commencer déjà…

27bis - En 6 ans, quand même, on prend une petite maturité médicale et on pose les questions plus facilement. J'ai toujours été étonné des médecins qui répondaient : « Je ne pose pas la question parce que ça me fait peur ou je sais pas quoi ». Ils n'osent pas poser la question. Pour les enfants, c'est encore plus compliqué de poser la question : « Est-ce qu'il y a de la maltraitance ? ». Mais c'est presque une faute de ne pas poser la question, quand on y pense.

Q – Ce n'est pas tabou ?

28 – Si, c'est un tabou. C'est un tabou que je transgresse sans problème. Pareil ici, parler de sexualité, de plaisir, en consultation gynéco, je transgresse volontiers aussi. Mais on voit bien qu'en face, il y a un tabou, que ce n'est pas commun et que ça ne paye pas des masses.

Q – « Ca ne paye pas des masses », c'est-à-dire il n'y a pas souvent de réponses positives ou même quand c'est positif ça ne fait pas avancer?

29 – Tu en conclus que la sexualité ne se passe pas bien. Ce n'est pas pour autant que ça va déclencher quelque chose. Tu l'as dit et ça s'arrête là.

Au planning, c'est souvent des consultations ponctuelles. Je crois que c'est plus important d'instaurer une relation de confiance avant, plutôt que d'arriver de but en blanc comme ça. Il y a des gens, ils ne se sentent quand même pas suffisamment à l'aise pour se lâcher sur un sujet tabou. Pareil pour les violences conjugales, c'est quand même vachement intime. Et je pense qu'on dit que les patientes, comme les enfants, ont une culpabilité énorme, et pour dépasser ça il faut un cadre vachement sécurisant.

Q – Est-ce que tu penses qu'en posant la question et en ayant une réponse positive, ça peut amener un « plus » dans la prise en charge, dans la connaissance de la patiente ? Parce que tu dis : « Ca ne paye pas » ?

30 – En tant que médecin traitant, très certainement.

Je pense aussi que ça peut faire fuir des gens. Et qu'on peut perdre des patients comme ça. Ce n'est pas pour ça qu'il ne faut pas le faire. C'est selon la manière dont c'est posé et à quel moment, mais je pense que des fois, les patients peuvent être choqués.

Mais oui, globalement, je pense que ça amène un « plus ». Mais je ne serais pas étonné qu'il y ait des gens que ça effraie.

Q – Au point de partir ?

30bis - Au point de ne pas revenir pendant un certain temps. Surtout dans les maltraitances à enfants, si la mère sait que son médecin est attentif à ça. Elle peut fuir la question et puis

revenir quand même. Ça peut augmenter le lien de confiance et la réponse peut arriver plus tard.

Q – En tous cas, c'est plus le rôle du médecin traitant que du remplaçant de faire le dépistage ?

31 – Systématique oui, ciblé non. Ça revient à tout le monde. On pourrait même dire que le rôle du remplaçant, il est essentiel, quand on sait que la plupart des médecins ne dépistent pas du tout. Si le remplaçant est sensibilisé à ça, sait faire, il a intérêt à le faire

Q – « Il sait faire ». Ça veut dire qu'il y a un savoir-faire ?

32 –Oui, je pense qu'il y a un savoir-faire relationnel. Il y a des gens qui sont bons pour ça et d'autres pas du tout. Et puis faut être sensibilisé à la question, c'est le premier point. C'est pas parce qu'on lit dans un journal qu'une femme sur 10 est victime de violence, qu'on est sensibilisé pour autant dans notre pratique. Par contre, faire une formation type OGC/MGForm sur le sujet, ça doit payer. Je pense que tu es sensibilisé pendant quelques semaines, voire quelques mois et que si tu t'y mets, peut-être quelques années. Personnellement, je sais qu'on perd la sensibilisation.

Q – Parce qu'il y a la prise en charge et aussi comment poser la question ?

33 – Moi je ne me freine pas là-dedans, mais j'ai entendu dire qu'il y a des médecins qui sont gênés avec ça.

Q – Toi, se serait de trouver les mots pour ne pas offenser ?

34 – Je pense que c'est important, mais c'est moins important que d'oser le faire.

C'est sûr qu'il y a des dizaines de manières de la faire. Je pense qu'il vaut mieux le faire que pas du tout, quand tu y penses. Certains n'osent pas parce qu'ils se disent que sur le plan relationnel, c'est grave. Moi, je ne pense pas ça. Je pense qu'il y a des manières de le faire et que tu peux être plus efficace en prenant au bon moment et d'une certaine manière. Effectivement si tu tombes mal ou si tu le dis mal, ça peut effrayer et les gens ne reviennent pas. Non seulement tu perds la confiance, mais en plus, la patiente n'est pas prise en charge… On a tout perdu. Mais je pense ça n'arrive pas souvent.

35 - Comme je m'installe dans 2 mois, je suis en train d'imaginer que mon monde médical va vraiment changer, être bouleversé. Je pense que ça ne va pas être du tout la même chose que d'être remplaçant, de ce côté-là. Donc, je suppose, c'est à éprouver.

Q – Faudra faire son réseau !

35bis - Même dans la relation avec les gens. Je pense que je ne vais pas avoir le même rapport avec les gens. Je vois bien, rien que commencer à faire des remplacements fixes, d'avoir goûté un petit peu ça. Des gens que je revois deux fois, trois fois. En fait, c'est pas du tout pareil que quand tu les vois ponctuellement une fois.

Q – Ca permettrait d'aborder des sujets ?

36 – C'est là aussi que tu te rends compte que c'est facile de dire qu'on est à l'aise avec les gens quand on les voit une fois et qu'on ne les reverra plus. Mais quand on les voit au long cours, c'est franchement différent, parce que les gens, ils te connaissent, et ça, ça joue. C'est

le médecin qui est comme ça. Là, je pense qu'il y a plus de tabous qui entrent en jeu. Je pense que c'est moins facile, effectivement.

Q – Jusqu'à ce qu'on instaure une relation de confiance ?

37 – Non, la relation de confiance, elle est bien dans certains domaines. Parce que de nos jours, il y a des médecins qui m'ont dit : « Il ne faut pas espérer une reconnaissance de la part de tes patients, tu es l'égal de tes patients. Tu as peut-être un peu plus de connaissance à leurs yeux et surtout tu as les moyens. Alors les gens viennent parce qu'ils te font confiance sur un certain sujet, les enfants par exemple. Si deux ans après tu te plantes avec la grand-mère, c'est fini. Ils vont dire, il est bien pour ça, il n'est pas bien pour ça. Les gens, ils trient maintenant, ils font bien ce qu'ils veulent. »

Donc la relation de confiance à instaurer, c'est important pour aider à la verbalisation, mais ça ne fait pas tout. Là, je me contredis, mais je comprends qu'on puisse être gêné pour aller fort dans un domaine tabou…

Q – Oui, c'est pas simple…Et tu disais que tu serais d'accord pour une formation comme MG Form ?

38 – Oui, même avec le DPC (*développement professionnel continu*) avec questionnaire avant, soit une journée de formation, soit un support documentaire à bosser chez toi et un questionnaire après. Ça te sensibilise à ta pratique, à voir ce que tu peux améliorer. C'est le but du DPC. Ça serait un sujet où tu aurais des retours très positifs. Je pense que tu améliores tes pratiques de façon fulgurante. Parce qu'avant les gens ne font rien, et après, ils vont quasiment faire. Est-ce que ça va durer sur le long terme ? Je ne sais pas.

Il y a un autre moyen, à mon avis, qui pourrait peut-être aider, ce serait de mettre une affiche dans la salle d'attente « Violences conjugales, parlez-en à votre médecin ».

Q – Ca montre qu'on est ouvert.

38bis - Ça montre que c'est un lieu possible. Ça peut faire penser à certaines d'en parler et ça peut t'y faire penser à toi aussi, parce que quand tu as une affiche dans la salle d'attente, tu la vois de temps en temps.

Q – Sinon, des groupes de parole, aborder le sujet en groupes de pairs ?

39 – Oui

Q – Des outils un peu plus techniques. Sur le logiciel en question, qu'on utilise un onglet comme on dépiste le diabète, tout ça ?

40 – Oui, dans les antécédents « violence intrafamiliales : oui/non ». Moi je suis vachement intéressé pour avoir un logiciel ultra structuré où en fin d'année tu cliques recherche tel critère etc.(Entretien coupé)

Mais je ne sais pas si c'est bien… ça veut dire que le remplaçant est au courant, que n'importe qui qui consulte le dossier est au courant.

Q – Il ne faudrait pas que tout le monde ait accès à cette donnée-là ?

40bis – Moi, j'écris beaucoup dans mes dossiers et à force d'écrire, il y a des situations où je me dis… Parfois je demande l'accord au patient avant d'écrire dans le dossier.

Q –D'accord. Pourquoi ?

40ter – Parce que ça lui appartient, que c'est son secret médical et que j'en suis le garant. Surtout quand c'est des dossiers partagés, ou au cabinet quand on a un remplaçant. Pareil pour la consommation de toxiques.

Q – On est censé être tous dans le secret médical, non ?

41 – Oui, mais ils n'ont peut-être pas envie d'avertir leur médecin traitant, par exemple.

Pareil quand il y a une secrétaire qui ouvre tous les dossiers. Mais c'est difficile d'inclure un rappel systématique sur cette question-là à l'ouverture de chaque dossier …

Q – Ok. Donc, une formation, ça serait pas mal. D'autres idées ? Une consultation spécialisée pour adresser les patientes, une consultation de médecine des violences au CHU par exemple ?

42 – C'est-à-dire tu dépistes et hop tu envoies ? Oui, pourquoi pas ?

Q – Un médecin référent, pas un spécialiste.

42bis – Je pense que ça soulagerait beaucoup de praticiens. Ça serait d'autant plus facile de faire la démarche du dépistage.

Q – Ca peut aussi être un numéro de téléphone d'un médecin référent.

42ter – Ou pas médecin d'ailleurs.

Q – Tout à fait. En Suisse, ça existe, il y a une consultation pour les victimes de violences, et c'est une infirmière.

43 - Je pensais à la médecine légale, mais là-bas dans mon coin, la médecine légale…Même ici, tu as une histoire de viol, c'est déjà compliqué pour faire voir la patiente en urgence.

La prise en charge médico-légale, j'ai l'impression… Je ne sais pas si ça marche bien. Si on dépistait tout ce qui se passait, ils seraient ultra débordés. Impossible. Ça c'est un problème.

Q – Il y a aussi le réseau paramédical. Toutes les associations qui ne sont pas médicales.

44 – Oui je pense plus à ça. Le soutien psychosocial, l'aide aux démarches. Quand je pense violences conjugales pour moi le 1er intervenant, c'est l'assistante sociale. Elle connaît toutes les structures, les foyers d'accueil, les démarches juridiques…

Q – Si tu veux faire une synthèse sur tout ce qu'on a dit ? Ou si tu as autre chose à dire sur les violences conjugales?

45 – Ecoute…Est-ce qu'il y a beaucoup de thèses sur le sujet ?

Q – Oui, quelques unes, mais pas sous cette forme-là…

45bis - Parce que j'allais dire « sujet classique » et en fait non ! En fait, je trouve que c'est vachement bien, parce que déjà, de la faire, ça nous sensibilise vachement. Tes 17 interviewés, ils verront les choses un peu différemment. Du coup, ça permet d'avancer dans sa réflexion sur le sujet. Et on peut qu'espérer qu'il ressorte quelque chose de votre travail, ne serait-ce que des recommandations.

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P11

Q - Voilà, alors pour commencer, une question un petit peu générale : à votre avis, quelle est l'importance des violences conjugales dans votre patientèle ?

1 - Ben, je pense que c'est un chiffre qui est très difficile à évaluer dans la mesure où c'est rarement une plainte ouvertement déclarée à l'occasion d'une consultation, c'est plus lorsque l'on reçoit une patiente qui n'est pas bien... sur le plan physique, organique, qu'on peut suspecter un mal-être et des violences conjugales. Il est arrivé qu'effectivement, on reçoive une patiente avec des traces de coups et qui justifie une prise en charge rapide. Voilà, globalement, c'est plus un travail d'écoute, d'interrogation, qui nous fait suspecter une violence conjugale qui n'est pas forcément physique, mais qui peut impliquer des insultes, une dévalorisation de la personne, des privations de moyens, voilà.

Q - D'accord. Est-ce que vous arriveriez à estimer le nombre de patientes que vous connaissez... ?

2 - Suite à ta proposition, j'ai essayé de réfléchir, euh... à ce chiffre. C'est pas simple. Il m'en est revenu quelques situations à la mémoire, mais, pfff, c'est très difficile de chiffrer... Ca peut être quelques cas par an, mais dans la mesure où c'est un diagnostic difficile à poser, parce que ça n'est pas formellement exprimé par les patientes, peut-être que nous, médecins traitants, on a du mal à évaluer la fréquence de cette....

Il existe des conjugopathies. On voit bien qu'il y a des couples qui ne s'entendent pas bien. Qu'il y a des mésententes qui peuvent aboutir sur des divorces. Ceci ne correspond pas à la violence conjugale telle que tu peux la définir, avec les critères que tu as pu relever. Enfin, je pense qu'il faut bien faire la part entre un couple qui ne s'entend pas et qui va divorcer et la violence proprement dite. Non ?

Q - Si, si, tout à fait.

2 bis - Bon, parce que, ces situations de couples qui ne s'entendent pas, quand même, c'est quelque chose d'assez fréquent.

Q - Et en termes de répercussion sur la santé des patientes?

3 - Alors, je vais essayer, à partir de quelques cas collectés au cours de mon expérience, de voir un petit peu quelles étaient les situations où on pouvait suspecter des violences. Bon, au départ, je voudrais préciser, les traces de coups, que ce soit les hématomes, au niveau des bras, au niveau du visage, jamais de blessures très graves, sauf un cas, mais les deux partenaires, homme et femme, s'étaient blessés mutuellement. Ca a été assez périlleux, ce jour-là. Mais, donc, il y a les coups constatés qui font souvent l'objet d'une demande de certificat médical, pour déposer une main courante ou une plainte auprès de la gendarmerie. Ca peut être un état anxio-dépressif, quelqu'un qui n'est pas bien, on ne saisit pas vraiment pour quelle raison ça ne va pas. Il n'y a pas d'antécédent dépressif vrai. Mais on constate quelqu'un qui n'a plus d'allant, plus d'intérêt. Ce sont souvent des femmes qui.... oui, qui sont mères de famille, qui préfèrent se taire et qui s'enterrent dans leurs souffrances pour.... et qui n'osent pas exprimer ce qu'elles peuvent subir. J'ai quelques exemples de ce type. Enfin, je crois que c'est quand même une question qu'il faut se poser quand on a quelqu'un qui est dépressif.

D'autres circonstances, ben, c'est quelqu'un qui perd le sommeil, c'est quelqu'un qui ne mange plus, c'est quelqu'un qui est en proie à des angoisses... Les angoisses féminines,

c'est souvent des palpitations, enfin, tu vois, des choses comme ça. On n'explique pas trop pour quelles raisons elles en sont arrivées là, et c'est vrai que quand tu fouilles un petit peu, eh bien tu te rends compte que, au niveau du couple, ça se passe pas très bien et qu'il y a des menaces de la part du mari qui peut euh.... Bon, je reviendrai peut-être sur la définition des profils de ces maris qui font subir ces violences sourdes à leurs conjointes. Pas forcément avec des coups. C'est difficile de décrypter ces situations cliniques où on peut suspecter ces violences.

Q - Est-ce que, depuis 2010, donc suite à cette campagne, vous avez remarqué des femmes qui se confieraient plus facilement, ou, pour vous, ça n'a rien changé?

4 - Ca n'a absolument rien changé. Franchement, d'une part, comme tu l'as précisé au départ, on a été très peu sollicités pour - à part quelques campagnes qu'on peut avoir trouvées dans les journaux professionnels - ... non, je ne pense pas ... C'est à nous de faire attention. Ca n'a rien changé, depuis 2010.

Q - Tout à l'heure, vous parliez des demandes de certificat de coups et blessures. Est-ce que c'est quelque chose de fréquent ?

5 - Non, non.

Q - Vous estimez à combien, à vue de nez, comme ça ?

5 bis - Franchement, ça va être de l'ordre de une à deux fois par an, pas plus.

Mais je reviens toujours à cette question, cette violence conjugale, elle est plus d'ordre psychologique que physique, il me semble. Ou d'ordre sexuel aussi, mais ça, les femmes, elles n'en parlent pas. Alors est-ce que c'est parce que je suis médecin homme et que pour elles, c'est quelque chose de très difficile à évoquer ? C'est fort possible, hein. Mais à part une ou deux patientes, une en particulier, il y a une quinzaine d'années, qui avait évoqué un véritable viol à la suite d'une colère de son mari, ou d'une autre patiente qui…, dès le début de sa vie maritale, toute relation sexuelle c'était presque du viol, avec tous les retentissements qu'il peut y avoir par la suite, mais... Quelle était la question, déjà?

Q - La question première était sur les certificats, mais vous disiez que c'était plus psychologique...

5 ter - Oui, c'est ça, violences psychologiques, verbales, avec des privations, voire des menaces également, des menaces de mort - je t'avais parlé l'autre jour de cette patiente qui était amenée en urgence devant une menace de mort - et des sévices sexuels qui ne sont pas manifestement évoqués par les patientes. Moi, je pense qu'il y a beaucoup de pudeur. Ca touche à l'intime et c'est pour elles très délicat de parler de ceci. Alors que, on sait très bien que sur le plan législatif, il me semble que le viol au sein du couple, c'est quelque chose de reconnu et passible d'une condamnation. Des lois sont passées dans ce sens-là.

Et que malheureusement, pour des tas de bonnes raisons, ou de mauvaises raisons, je dirais, les femmes n'en parlent pas pour sauvegarder, la plupart du temps le lien familial, les enfants, et que ces violences ne se reportent pas peut être aussi sur leurs gosses.

Q - A votre avis, c'est ça, les freins des femmes pour en parler ?

6 - Ah oui, ah oui, moi je pense que..... Tu as des questions dans ce sens ou pas ?

Q - Non, allez-y.

6 bis - Moi, je dirais, pour quelles raisons les femmes ne parlent pas de leurs violences ? Je pense que c'est déjà, il y a certainement plusieurs motifs. Très souvent, financièrement, elles ont peur de ne pas pouvoir faire face, de pouvoir survivre si le couple explose et qu'elles vont se retrouver sans ressources, alors qu'il y a des enfants, des enfants qui ne sont pas toujours sur le point de partir, il y en a qui sont scolarisés. Donc, plutôt que de faire éclater la cellule familiale, elles subissent, elles arrivent même des fois à excuser leur mari, je pense à une patiente qui avait un mari violent, alcoolique, et puis elle trouvait toujours des excuses pour rester. « Il va s'arranger, il va s'améliorer, il va faire des efforts », et puis, rien ne changeait. Mais, tout ceci, c'était probablement pour dissimuler une angoisse de ne plus pouvoir faire face à ses besoins personnels et puis elle a sa famille, elle a ses enfants. Peur, aussi, peut-être que le mari – il y a des maris qui ne réfléchissent pas trop et qui peuvent s'en prendre à leurs gamins - oui, je pense que les gosses ont quand même dû prendre quelques raclées, pour spécifier que c'étaient eux qui étaient responsable de la situation. Ca arrive aussi, ça, hein. Je pense à cette femme qui maintenant est retraitée, et, les gosses, ça n'a pas été facile pour eux.

Euh, quels peuvent être les motifs qui les obligent à rester ? C'est financier, c'est de l'ordre des enfants, peut-être aussi une culture, une culture familiale. On ne quitte pas son mari, c'est comme ça. C'est peut-être moins vrai par rapport à cette nouvelle génération. Je pense que, quand il y a quelque chose qui ne va pas, heureusement, les femmes de maintenant s'expriment.

Q - Alors, pour vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans les violences conjugales?

7 - Le rôle du médecin généraliste... C'est déjà une écoute, essayer d'amener la patiente à parler de ses difficultés conjugales, déjà, c'est pas facile, et quand elles y arrivent, de pouvoir en parler.

Alors est-ce que nous sommes les meilleurs interlocuteurs pour en parler, pour les écouter ? C'est pas toujours vrai, il y a certainement un frein à ceci et ça tient justement à notre statut de médecin traitant, de médecin de famille. On est le médecin du mari, le médecin de l'épouse, et peut-être que on connaît beaucoup de choses et de l'un et de l'autre et qu'il y a une réticence à vouloir parler de ses difficultés intimes. Enfin, je pense que c'est vrai, ça.

Q - C'est un frein pour les femmes.

7 bis - C'est un frein pour les femmes, oui. Même pour les hommes. Là, tu t'orientes vers la violence aux femmes, mais j'ai souvenir d'une violence exprimée d'une épouse sur son mari, de l'ordre de privation de nourriture, imposer des décoctions et j'ai revu ce mari avec des crises d'angoisse abominables, et manifestement, ça relevait d'une violence inverse. Et ce monsieur n'a jamais pu le dire, je l'ai su indirectement par des neveux ou des nièces. C'était un peu déroutant. Mais bon…

Q - C'est encore plus rare d'arriver à faire émerger ça pour un homme victime.

8 - Pour revenir aussi sur ces violences, ça peut être aussi des violences réciproques au niveau du couple. J'ai souvenir d'un appel en urgence à domicile où j'ai été accueilli par quelqu'un ensanglanté, lui avait reçu un coup de couteau au niveau du pli inguinal, à quelques millimètres de la fémorale, et elle avait reçu un coup de fourchette à quelques millimètres d'une carotide (rires). C'était pas triste. Et dix jours plus tard, quand je les ai

revus, non, non, il ne s'était rien passé, il n'y avait plus de difficultés. Effrayant, effrayant (rires). Enfin, bon.

Q - Là, on est plus dans le conflit équilibré.

8 bis - Ca existe, ça c'était un conflit particulièrement violent. Je pense à un autre couple, qui maintenant est retraité, où c'était toujours des engueulades à longueur de journée, des insultes, avec des « ben, écoute, aujourd'hui, je ne te ferai pas à manger, je te confisque les clés de la voiture », des trucs comme ça, à longueur d'année. Ca, c'est peut-être moins grave. Chacun cherche des échappatoires dans ces situations-là, elle partait avec ses amies en randonnée, elle faisait beaucoup de sport, et lui, c'était ses champignons, ses parties de pétanque l'après-midi, et chacun fait sa vie de son coté et puis voilà. Mais il y avait quand même une violence, là-derrière.

Bon, alors, la question, c'était comment nous, on perçoit ceci, quel est notre rôle ? Je vais t'expliquer, beaucoup d'écoute, et ensuite, quand on sent que la situation est intenable, ben parfois on est peut-être amenés, lorsqu'il y a des dangers imminents de violence, voire des menaces de mort, à faire appel à des associations, ça, ça m'est arrivé une fois, oui, une fois....le cas de cette femme. Le mari ne voulait pas qu'elle suive des cours de conduite, et elle était menacée de mort, donc, cette femme a été accueillie très très rapidement, en quelques heures, dans un foyer d'accueil, à Echirolles, et ça lui a permis de rester quelque temps soustraite à ces violences et d'arriver à divorcer. Enfin, je l'ai su secondairement grâce au témoignage de la personne qui l'avait amenée au cabinet médical. Ensuite, bon, s'il y a une demande de coups et blessures, on essaie.....

Bien souvent, il y a une réticence à porter plainte à la gendarmerie. Il y a des réticences, de peur de recevoir encore des coups. Ah oui, ça c'est formulé : « si je porte plainte, ça va encore recommencer ». Alors représailles, alors que l'on pourrait penser que s'il y a une plainte de déposée, une convocation du mari à la gendarmerie, c'est peut-être aussi le faire réfléchir sur ses actes, il me semble. Et ça, l'épouse ne le percevra pas nécessairement dans ce sens, c'est à nous de lui expliquer. Ensuite, quand la situation est peut être moins explosive, c'est vrai que moi, je fais souvent appel à des conseillers conjugaux. A St Ismier, il y a une personne qui exerce depuis très longtemps et qui a une approche.... qui est très attachée à son travail, qui permet des fois à des couples de réfléchir à leur situation, et de se réconcilier, ça arrive.

Q - Tout à l'heure, vous disiez que le médecin généraliste n'est pas forcément le meilleur interlocuteur. Vous pensez qu'elles peuvent aller où, les femmes?

9 - Le problème, il est là. A l'heure actuelle, à qui on peut bien se confier ? Peut-être qu'une femme a déjà peut-être plus de facilité à verbaliser qu'un homme - ça, c'est bien connu - et c'est souvent une amie qui se fait la confidente et qui peut peut-être aider cette femme et l'orienter vers une association, vers une assistante sociale, surtout s'il y a des gamins. Mais moi, franchement, je pense que trop souvent, elles restent éteintes par rapport à leurs souffrances et n'arrivent pas à en parler. Moi, c'est le sentiment que j'en ai. Auprès de qui elles peuvent en parler, c'est pas simple. Alors, bien souvent, il y a la famille aussi, la famille est là, mais cette famille, elle voit toujours l'unité du couple, elle ne vit pas à travers les différends du mari et de l'épouse. Et est-ce qu'elles sont à même d'être objectives et de les aider ? J'en doute. Je ne pense pas que la famille soit le meilleur refuge pour écouter ou même accueillir une femme en détresse. Enfin, il me semble. Je pense à une dame que X suit actuellement, sa famille est loin, ses enfants sont contre elle, c'est une moins que rien, c'est une incapable et c'est vrai que si elle arrive à trouver un refuge, c'est

quand même auprès de nous, médecins, mais certainement pas auprès de sa famille. On est peut-être les derniers recours, il me semble. Il me semble que c'est d'abord l'entourage, d'abord des amis. On reçoit des témoignages de patients qui vous parlent de la voisine qui subit, mais, donc, l'entourage est important et c'est quand il n'y a pas d'autres solutions, qu'on se tourne, il me semble vers le médecin. Peut-être parce que ce n'est pas forcément du médical, parce que ça touche peut-être trop à l'intime, enfin, je ne sais pas.

Q - Donc, le médecin, c'est plutôt en deuxième recours

10 - Oui.

Q - Est-ce que vous connaissez un peu les procédures judiciaires, la conduite à tenir si..... Est-ce que vous êtes capable d'informer les femmes si elles vous questionnent là-dessus ?

11 - Procédures judiciaires, c'est-à-dire ? Il y a quelqu'un qui arrive avec des coups.....

Q - Voilà, si elle vous dit, je veux que ça cesse, je veux faire quelque chose.

11 bis - Je crois qu'elle peut porter plainte au niveau de la gendarmerie, avec un certificat médical qui précise la gravité des blessures, bon, classique, avec des incapacités de travail temporaire et professionnelle. Il y a les mains courantes aussi, il me semble, non ? Ensuite, quels sont ses recours ? Elle peut faire appel à une aide juridique, des choses comme ça, non ? Les textes de lois, je ne les connais pas vraiment, je serais embarrassé pour te répondre.

Q - D'accord, donc de ce côté-là, il vous manque des informations.

12 - Oui, il me manque des informations. Bon, c'est vrai que là, auprès de qui on peut faire appel ? Je ferais volontiers appel à l'assistante sociale, qui, elle, connaîtrait mieux la démarche à suivre ou à cette conseillère conjugale, qui, elle, est de bon conseil. Ensuite, c'est vrai que ces femmes nous parlent : « Ben oui, j'ai pris contact avec un avocat », et il y a à ce moment-là des procédures mises en place pour essayer de protéger la personne. Mais les textes vraiment législatifs permettant de la couvrir, franchement, je ne pourrais pas lui préciser exactement. Est-ce que les médecins en général savent ?

Q - Non, pas tellement, c'est... effectivement, on n'a jamais appris....

12 bis - Franchement, je serais bien dépourvu de donner de façon précise des indications. Bon, on pourra toujours lui conseiller d'aller voir un avocat, mais voilà.

Q - Est-ce que, pour vous, il y a une catégorie de femmes qui est plus à risques?

13 - Elles sont toutes à risque, les femmes. Il y a pas de, enfin, je fais toujours référence à ce que j'ai pu rencontrer dans mon expérience professionnelle, mais bon, on est peut-être, sur cette rive gauche de l'Isère dans un milieu qui était plus ouvrier, mais je constate qu'il y a également des femmes qui travaillent, qui ont une vie familiale agréable et confortable sur le plan financier, qui sont elles aussi victimes de... je pense en particulier à une dame, là, justement, son mari gagne très très bien sa vie et ça ne l'empêche pas de subir des coups.

Alors, tu parles du profil de la patiente, hein ? Ca peut très bien être des femmes qui ont beaucoup de caractère, qui s'opposent et qui reçoivent des coups, comme ce peut être des femmes tout à fait soumises. Je ne pense pas qu'il y ait un profil particulier.

14 Par contre, quand on prend celui de l'agresseur, enfin du mari, on constate que c'est souvent des hommes assez égoïstes, égocentriques, qui ont une certaine vision de la vie du couple et qui ont très peu de considération sur le bien-être de leur épouse. Ca, c'est clair. Ah oui, quelle que soit la situation financière du bonhomme. Je trouve que malheureusement, il y a quand même une situation qu'il faut relever, c'est l'alcool. Plus d'une fois, malheureusement, dans les constatations de coups et blessures, l'alcool a un rôle important.

Q - Dans le passage à l'acte, dans la violence physique.

14 bis - Dans la violence physique, l'alcool est souvent responsable de ces agressions.

Q - Donc, pour vous, il y a plutôt un profil particulier de mari violent que de femmes victimes.

15 - Il me semble. Oui, franchement, quand je regarde, il s'agit aussi bien de mères au foyer que de femmes qui travaillent. C'est fréquemment des mères de famille. Il y a quand même le poids d'une culture, le poids d'une tradition. Je pense à une dame qui avait suivi des études, qui s'est retrouvée mariée à un monsieur agriculteur, fils de paysan, et qui a été un tyran toute sa vie vis-à-vis de son épouse, qui a eu trois enfants - malheureusement, l'une de ses filles est décédée - et qui a dû subir son mari jusqu'au bout. C'est terrible à dire, mais elle a retrouvé la paix lorsqu'il est malheureusement décédé. C'est triste... mais bon.

Q - C'est à ce moment-là qu'elle en a parlé ou elle en avait déjà parlé avant?

16 - Elle n'en parlait qu'à demi mots, son mari « n'était pas facile », mais c'est après qu'elle a évoqué un peu tout ce qu'elle a subi et tout ce que son mari lui faisait subir, sa belle-famille. Des fois, le poids de la belle-famille a aussi un rôle à jouer. Je pense à une autre personne, le mari a imposé la présence d'une tante qui avait dû certainement élever cet homme, et cet homme avait certainement plus d'affection, plus d'amour pour sa tante que pour sa femme et elle était tenue de se plier à tous ses caprices.

Q - Dans votre pratique quotidienne, à quel moment vous allez aborder le sujet? Qu'est-ce qui va vous faire suspecter des violences chez une patiente? Est-ce que ça vous arrive de poser la question de manière systématique?

17 - Non, enfin, systématique.... On interroge, on sent qu'il y a une difficulté de vivre. Est-ce que c'est au niveau du travail ? Est-ce que c'est des soucis avec les enfants ? Oui, oui, on peut parler, entre vous comment ça se passe ? Cette question, là, déjà : « Est-ce que vous partagez des activités avec votre mari, est-ce que vous vous entendez bien ? » Est-ce que l'épouse, est-ce que cette femme va forcément en venir à parler de ses violences ? C'est là que je trouve… Quels sont les arguments qui vont l'amener à en parler ?

Q - C'est-à-dire qu'une question ouverte, ça lui laisse le choix quand même de ne pas en parler. Et, des questions plus précises, ça vous arrive d'en poser?

18 - Ca m'arrive, oui. « Est-ce qu'il est violent avec vous, est-ce que... ». Bon, mais une fois que la question est posée, qu'est-ce que vous faites?

Q - Vous vous trouvez en difficulté, après?

19 - Qu'est-ce qu'il faut leur dire, à ces femmes ? Est-ce que vous voulez qu'on en parle avec votre mari ? Est-ce que vous souhaitez qu'on aborde le sujet ? Enfin, très souvent, il y

a de la réticence, enfin, moi je trouve qu'il y a de la réticence, enfin, moi je le vis comme ça.

Q - Vous sentez que les femmes sont gênées que vous leur posiez la question ? Elles ne sont pas soulagées, elles ne sont pas....

20 - Quelque part, ça les aide, elles sont contentes d'avoir eu une écoute, mais elles me donnent l'impression qu'elles vont se heurter, encore une fois, à un refus du mari à vouloir reconsulter, ou redoutent de soulever cette question auprès du mari de crainte de nouvelles réprimandes, d'agression. Enfin, moi je le vois comme ça. Elles auront du mal à convaincre leur mari de venir consulter, ça, c'est vrai. Il n'y a pas de problèmes pour les maris, pas de problèmes. C'est comme ça, ça ne changera rien.

Q - Vous, ce que vous souhaiteriez, c'est finalement, arriver, par la femme, à agir sur le mari.

21 - J'aimerais bien que le mari puisse peut-être venir en parler, s'il ne veut pas en parler tout de suite avec son épouse, et que cette démarche aboutisse sur une consultation à trois, ou sur la décision de voir un conseiller conjugal pour désamorcer un peu cette situation.

Mais le problème est toujours le même, c'est que, avant qu'une femme vienne en parler, il s'est écoulé combien de mois, combien d'années ?

Q - Mais si vous avez posé la question, la femme vous dit que effectivement il y a des violences, donc il y a le côté prise en charge du mari, mais sinon pour la femme elle-même ?

22 - Comment la protéger ? Alors, quand il y a des agressions physiques notables, on insiste pour qu'elles fassent déjà un certificat de coups et blessures, ça, c'est une première chose. Certificat de coups et blessures qui n'est pas toujours demandé et on insiste quand même pour que ce soit fait, car s'il y a ensuite une décision de justice, de séparation, de divorce, qu'il y ait des éléments qui permettent de l'aider dans cette démarche. Et, curieusement, ce n'est pas toujours demandé par cette épouse.

Ensuite, quelle démarche peut-on avoir vis-à-vis d'elle ? Quand c'est plus des violences psychologiques. Déjà, qu'elle puisse réfléchir sur elle-même, l'inviter à une consultation, si elle le souhaite auprès d'une psychologue qui a une orientation..... Ca m'arrive assez fréquemment, pas simplement dans les violences conjugales, mais également dans les difficultés conjugales, d'adresser mes patientes pas forcément à un psychiatre, mais à une psychologue qui travaille sur Crolles et qui a une bonne écoute. Ca, c'est important quand même, pour qu'elle puisse donner à cette épouse des moyens, non pas de se rebiffer, mais d'avoir une attitude face à ces comportements de privation, de réprimande, de culpabilité et ça, ça les aide. Je connais X, qui a beaucoup de bon sens et qui arrive à débloquer parfois bien des situations. On n’est pas toujours armé, nous, pour donner des conseils judicieux. Peut-être que plutôt que de faire de la biochimie, on aurait pu faire au départ une formation en psychologie, ç'aurait été important. D'où la nécessité de faire appel à des intervenants extérieurs, psychologues, ça je reconnais que c'est une aide précieuse.

Q - Et le dépistage systématique ?

23 - Vous posez la question, comme ça : « comment ça va à la maison ? »

Q - Oui, où même des questions plus précises, à toutes les femmes. Vous n'avez jamais essayé, ça ?

23 bis - Non.

Q - Puisque vous faisiez remarquer que si on ne pose pas la question, elles ne se confient pas. Donc, dans quelles circonstances vous allez poser la question, vous ?

24 - On pose la question parce qu'on pense connaître les éléments qui interviennent dans une famille. Si on voit qu'il y a une certaine harmonie au niveau du couple, qu'il n'y a pas de mésentente particulière, pourquoi poser cette question ? On a peut-être tort, de ne pas la poser. Des fois, on est surpris de voir des couples particulièrement unis, en harmonie, et qui se séparent à la surprise de tout le monde. Oui, tu fais bien de poser la question, je pense que l'on devrait la poser, cette question, mais c'est une question qui est tellement..... C'est pas facile.

Q - Pourquoi c'est pas facile?

25 - Parce que ça touche tellement à l'intime, tout ça.

Q - Donc, vous, vous êtes mal à l'aise pour aborder ce sujet-là parce que c'est trop intime ?

25 bis - Je pense, oui, je pense.

Q - Parce que vous avez peur que la patiente réagisse mal ou… ?

26 - Oui, je crains qu'elle... que cette question ne relève pas du médical et n'a pas à faire l'objet d'un ... A l'occasion d'une consultation pour un problème complètement différent, je ne vois pas pourquoi je poserais cette question. Si la patiente vient, parce qu'elle est fatiguée, pour des raisons que j'ai citées au départ, parce que il y a une plainte somatique qu'on n'explique pas, parce que il y a une plainte psychique, un mal-être, des angoisses, bien sûr que je vais la poser, la question, oui. Mais la question systématique en fin de consultation, après avoir soigné une angine, non.

Q - Parce que ça vous ne vous apparait pas approprié ?

27 - C'est pas le moment. Moi, je le vis comme ça.

Q - Donc, questionnement systématique orienté par les symptômes que vous avez cités.

28 - Oui, c'est parce que la consultation va s'y prêter que je vais essayer de soulever ce problème.

Q - Est-ce qu'il y a des choses qui pourraient vous freiner, des difficultés pour poser cette question ?

29 - Non, si ce n'est... Il y a des questions... Ca n'a rien à voir avec le sujet, mais si tu as quelqu'un qui est dépressif, je n'ai pas le souci de poser : « Est-ce que vous avez pensé à mourir ? » C'est une question qui n'est pas facile à poser. Faut la poser, cette question. Bon, maintenant, je n'ai pas particulièrement de réticence à poser une question, même difficile, mais j'essaie de la circonstancier dans le contenu d'une consultation. Tu vois ce que je veux dire. Tu viens parce que tu as mal au dos, non, c'est pas le moment. Maintenant, le mal de dos, c'est peut-être bien : « J'en ai plein le dos, de la famille. »

Q - Est-ce que pour vous, c'est un sujet difficile émotionnellement ?

30 - Oui, oui. Toutes ces questions qui touchent à l'affectif, qui touchent à l'intime, à la sexualité, c'est jamais des... à la violence aussi, c'est pas facile de parler de la violence. Pourquoi on en arrive là, avec tout le sentiment de culpabilité que peuvent avoir ces personnes, c'est pas facile.

Q - Qu'est-ce que vous ressentez, vous ?

31 - Qu'est-ce que je peux ressentir ? Face à une femme soumise à la violence. On aimerait déjà pouvoir trouver une solution rapide. On sait que ce n'est pas possible. On aimerait bien.....

Q - La frustration, un peu ?

31 bis - La frustration, oui. Une frustration, parce que on n'a pas d'éléments rapides à lui donner, on aimerait qu'un dialogue s'établisse rapidement entre les deux époux, et c'est pas simple… (émotion) Difficiles, tes questions, là...

Q - Un petit peu. C'est quelque chose qui demande beaucoup de disponibilité aussi. Ca, ça peut être quelque chose d'un peu compliqué à avoir.

32 - Bien sûr, on a toujours le conseil pratique, dans une situation précise, pour éviter la violence engendrée… Mais, bon, c'est de la psychologie facile, ça. Le plus dur, c'est d'arriver à définir le problème de fond, et comment les deux personnalités en sont arrivées à ceci. Donc, comment faire pour aider efficacement quelqu'un.

Donc, en pratique, dans ces situations-là, je reconvoque les gens, je leur demanderai de rappeler si vraiment ça va mal, je n'hésiterai pas à leur dire, si vraiment ça ne va pas, il faut absolument que vous appeliez, même un coup de fil. J'essaie à ce qu'elles aient un soutien psychologique, quand même, pour qu'elles puissent en parler avec des gens formés, compétents. Rester vigilant avec la violence qui pourrait être engendrée sur les enfants, et ça, c'est pas facile. Il faut que la personne, quand elle sort de là, elle perçoive qu'elle ne reste pas seule, qu'elle sache qu'il y aura toujours une écoute, la possibilité de décrocher son téléphone, et que si ce n'est pas possible de répondre à l'instant, qu'on puisse la rappeler au moment où c'est possible. Ca, c'est important, qu'elle sorte de là en ayant le sentiment qu'elle n'est plus toute seule, qu'elle est soutenue.

Q - Est-ce que globalement, vous vous sentez à l'aise en tant que médecin généraliste, face aux violences conjugales, face à des patientes victimes?

33 - Non, c'est pas facile, tu ne soignes pas une lombalgie, tu ne soignes pas un état aigu. Il y a tellement de contingences qui gravitent autour de ça, à part la phase aiguë, qui est en définitive relativement simple à solutionner- quelqu'un qui a reçu un coup, il y a une conduite à tenir qui paraît logique - c'est tout le reste qui est difficile. Pourquoi ces femmes ont-elles subi cette violence ? Comment, pourquoi elle a mis tant de mois, tant d'années pour en parler ? Qu'est-ce qu'on peut faire pour aider cet homme qui est violent ? Parce que c'est important, ça aussi. Faut que ça cesse. Et tu ne résous pas ceci en une consultation d'une demi-heure, trois-quarts d'heure. C'est là qu'est toute la difficulté. On est parti sur des mois avec des situations qui vont se répéter, où il va y avoir des rechutes et pourtant on a spécifié auprès de - je pense à une personne - faut faire ci, faut faire comme ça, et puis elle retombe à chaque fois dans le même panneau. Et pourquoi ?

Q - Est ce que vous auriez une situation à nous raconter particulièrement marquante ? Vous avez pas mal réfléchi et vous nous avez sorti plusieurs cas. Est-ce qu'il y en aurait un à

nous raconter pour savoir comment vous avez géré les choses, ce que vous avez ressenti, quelles ont été les difficultés ?

34 - Je t'ai parlé de cette jeune femme, là, si tu veux qu'on reparle de ce sujet ou d'un autre moins difficile.

Q - Peu importe, c'est vous qui choisissez. Un qui vous a particulièrement marqué, justement.

34 bis - Je ne sais pas si la situation dramatique de cette femme menacée de mort, pour laquelle on a trouvé la solution d'un centre d'accueil…, c'est pas la situation la plus intéressante, je ne crois pas.

Moi, je penserais plus à cette mère de famille qui a quatre enfants, qui vit avec un mari ouvrier, bagarreur, alcoolique, qui a du mal à vivre cette violence à la maison, sans jamais vraiment l'exprimer, des fois que l'on a vu avec des ecchymoses, mais qui trouvait toujours : « je me suis cognée », c'est jamais son mari. On n'est pas tout à fait dupes, devant la situation. C'est quelqu'un d'effacée, de monocorde, qui va parler de ses enfants, qui va parler de sa mère malade, qui a bien du mal à parler d'elle-même, si ce n'est qu'elle à mal au dos, elle a de dures journées parce qu'elle est aide-soignante, et ça lui fait du bien d'être loin de chez elle. Et cette femme, bon, connaissant le personnage qui est malheureusement souvent imprégné, qui donne des coups, je pense, ben ce n'est qu'une impression, qui a certainement vécu des violences sexuelles, mais elle n'en a jamais parlé, et qui se tait, qui se tait, qui ne dit rien, qui... Elle ne va pas excuser son mari, elle sait très bien qu'il ne changera pas, qu'elle n'espère pas qu'il renonce à son alcool, et qui reste, et qui reste simplement parce qu'il y a les enfants ! Et que si elle s'en va, c'est tout cet amour pour les enfants qui risque d'en pâtir. Et puis, elle veut protéger aussi les enfants. Le mari est alcoolique. Il faut qu'elle intervienne. Et je pense que les gosses, ils ont dû prendre des coups aussi. Enfin, on ne le sait pas non plus. Tu vois, c'est plutôt ce cas-là qui me chagrine le plus.

Q - Parce que, du coup, comme vous connaissez le mari, vous le suspectez, mais vous n'avez pas réussi à faire que la femme, elle en parle vraiment. Vous n'avez pas réussi à la faire vider son sac.

35 - Elle en parle, mais elle subit tellement d'autres pressions et en particulier celle que je viens d'évoquer, cet amour qu'elle a pour ses gosses de les protéger, qu'elle a plutôt tendance à minimiser ce qu'elle a subi. Voilà, et elle sait très bien que financièrement, elle en dépend. Voilà, ça, c'est quelque chose qui me frappe plus que cette personne qui depuis trente ans subit des coups, et on l'a mise en garde et il y a déjà « x » certificats de coups et blessures qui ont été déposés, et elle est toujours là et pour quelle raison cette femme ne décide pas de partir ? Bon, voilà, là aussi c'est une problématique. Bon. Je pense que c'est une personne qui est seule – cette deuxième personne -, qui n'a pas d'amis, la famille est loin, une famille qui n'est certainement pas prête à l'accueillir parce qu'ils n'en ont pas envie, qui a deux enfants qui, curieusement ont pris le parti du mari en dévalorisant leur mère – « c'est une incapable, c'est une bonne à rien, toujours en arrêt de travail ». C'est un autre cas de figure, qui est malheureusement sans solution chez elle. Je ne sais pas si un jour, elle va pouvoir réagir.

Q - Et qu'est-ce que vous ressentez, vous, dans ces cas-là?

36 - Dans ce deuxième cas, on est déçu par l'absence de réaction de cette femme. On a mis en place des tas de procédures et ça n'aboutit jamais. Pourquoi ? Alors, moi, je l'ai suivie pendant très longtemps, maintenant c'est X qui l'a prise en charge, parce que on s'est organisés comme ceci, et qu'est-ce qui fait que rien ne bouge ?

Il y a vraiment de l'incompréhension. Je ne sais pas, il y a des éléments qui nous échappent. Mais je pense aussi que c'est une femme qui est probablement incapable de s'assumer seule, psychiquement, financièrement. C'est peut-être un des motifs. Donc elle subit.

Q - Vous avez l'impression de manquer d'outils d'analyse psychologique pour comprendre le fonctionnement de cette patiente?

37 - Ben, écoute, cette patiente a été confiée quand même à un, puis deux, puis trois psychiatres et la situation n'a pas changé. Donc, je crois qu'on va se disculper, là. Non, non, on ne reste pas seul dans les situations difficiles.

Q - Est-ce que vous vous rappelez une situation de violence que vous auriez connue au début de votre carrière ? Qui vous aurait peut-être marqué, et voir si depuis cette époque-là, vous vous sentez plus à l'aise, si vous avez progressé, s'il y a toujours des difficultés qui restent pour vous ?

38 - Alors, là, c'est aussi un couple que je ne suis plus depuis bien longtemps. C'étaient des situations invraisemblables. Une mère de famille, déjà mère de quatre enfants qu'elle a abandonnés, l'autre mère de famille a récupéré ces quatre gamins avec beaucoup de courage, c'est admirable, ce qu'elle a pu faire, cette femme. Donc, cette femme qui avait abandonné ses enfants, s'est retrouvée avec un homme violent, paranoïaque à la limite, toujours raison, il n'y avait aucune discussion possible avec cet homme-là. Lui aussi alcoolique, chômeur chronique, qui n'hésitait pas à dire qu'il n'y avait aucune raison d'aller travailler, que les indemnités de chômage, de sécurité sociale lui suffisaient, et qui poussait sa femme au boulot. Bien souvent, je la trouvais avec des coups. Alors, c'est vrai, ce genre de personnage fait peur au départ. Il fait peur. Alors quand tu commences ton activité avec des gens agressifs verbalement - pas physiquement, ils n'oseront pas lever le bras sur toi- mais des fois, j'ai entendu des insultes et des propos méprisants. Là, je ne me laisserais plus faire, face à ce genre de situation. Là, il serait recadré, le bonhomme.

Q - Alors que ce n'était pas forcément le cas à cette époque-là.

38 bis - A cette époque, tu ne sais pas trop comment réagir, tu n'es quand même pas trop armé, tu ne sais pas trop... Je me souviens d'avoir été accueilli une fois dans une maison, au sujet du deuxième cas que je t'ai présenté, avec le mari armé de son fusil. Dans ces circonstances-là, je demanderais aux gendarmes de monter avant moi.

Q - Est-ce que ça vous arrive de dépister les hommes violents?

39 - De dépister les hommes violents... C'est-à-dire?

Q - Dans vos patients, est-ce que ça vous arrive de demander aux hommes si ça leur arrive d'être violents ? Si oui, dans quelles circonstances ? Comment vous vous y prenez ?

39 bis - Violents vis-à-vis de leur épouse, de leur compagne ? Je pense que je serais plus circonspect sur la question. Je ne présenterais pas la question sous la forme : « Est ce que vous battez votre femme ? » J'essaierais de nuancer ceci en disant : « Comment ça se passe

entre vous ? », voir d'abord le côté positif du couple avant le côté négatif. Maintenant : « Quand ça ne va pas, qu'est-ce qui se passe ? Si ça tourne mal, est ce que vous êtes correct avec votre femme ou pas ? » Dire : « Est-ce que vous battez votre femme ? », non, ça m'est difficile de le dire. Je l'amène plutôt à en parler.

Q - Pour faire un peu le point, est-ce que vous, vous auriez des besoins pour améliorer votre pratique ? Qu'est-ce qu'il vous manque ? Qu'est-ce qu'il vous faudrait ?

40 - Le souci, c'est de ne pas rester seul pour gérer ces situations-là. C'est difficile, c'est très difficile. Donc, avoir des correspondants formés à cette pathologie, d'avoir des numéros d'associations qu'on peut appeler facilement, comme le 3919, il me semble. Mais, bon, peut-être qu'on ne les appelle pas suffisamment, ces associations. Est-ce que les personnes sont prêtes aussi à les appeler?

Q - Là, demain, vous avez une patiente qui vous confie des violences, vous savez à qui l'adresser ? Vous connaissez les associations, dans le coin, ou c'est un peu flou ?

41 - C'est pas évident, évident. Je pense que j'appellerais des correspondants tels que la personne qui s'occupe du conseil conjugal à St Ismier, ou s'il y a de la violence physique, déposer une plainte, ça, c'est clair. S'il y a des soucis vis-à-vis des enfants, je n'hésiterais pas à appeler l'assistante sociale. Vis-à-vis de cette personne, ça m'est arrivé rarement d'appeler le 3919. Mais c'est vrai qu'il y a des outils qui nous manquent certainement. Peut-être qu'il y en a d'autres.

Q - Est-ce que ça vous arrive, comme vous travaillez dans un cabinet de groupe, d'en parler avec vos collègues ?

42 - Oui.

Q - Ca arrive que vous suiviez la femme, et que votre collègue suive le mari, ou l'inverse ?

42 bis - Oui, oui, on en parle, on a parfois des surprises.

Q - En apprenant des choses de la part des collègues ?

43 - Oui. Et puis ça permet aussi de relativiser les propos que l'on a eus. Parce que, bien souvent, on exprime une certaine violence, mais lorsque le collègue nous délivre le message inverse, on peut comprendre certaines choses. Avec Y, ça nous arrive régulièrement d'échanger.

Q - C'est-à-dire, des patientes qui exagèreraient, par exemple ?

43 bis - Là, on parle, c'est vrai qu'on est dans les violences. Je parlerais plus des difficultés du couple. Alors, quelle est la frontière entre les difficultés du couple et la violence ? C'est toujours pareil. X est là depuis moins de temps, mais avec Y, on a quelques souvenirs de couples en difficulté - l'un ou l'autre suit l'un ou l'autre - et c'est vrai que ça permet de comprendre certaines choses. Après, à nous d'être discrets sur le message que l'on a reçu. Oui, effectivement, c'est important, ça aussi.

Q - Dans nos recherches, on est sorties de France et on a vu qu'en Suisse, ils avaient créé une consultation spécialisée. A tel endroit, dans tel créneau, il y a une infirmière formée pour, c'est une consultation spécialisée, pour tous les types de violences. Est-ce que ça vous paraît une bonne idée ?

44 - Ca serait une excellente idée, je pense. Oui, je pense qu'une femme qui n'en peut plus, si elle avait l'écoute d'une psychologue, d'une infirmière psychologue, ce serait bien. Je reviens sur.... Je suis médecin homme. Est-ce que une femme ne se confierait pas plus facilement à un médecin femme ? Je ne sais pas. Meilleure compréhension de ce conflit ?

Q - Pour vous, ce serait quelque chose d'utile?

44 bis - Oui, ce serait utile.

Q - Quelque chose d'un peu mieux identifié.

45 - Parce que c'est bien cadré. Quelqu'un qui est là pour gérer la violence conjugale et non pas les difficultés conjugales qui malheureusement sont très fréquentes, ce serait une excellente idée. Et le rendez-vous auprès d'un conseiller conjugal, ce n'est pas facile, ça demande quelques semaines. On est quand même souvent dans l'urgence.

Q - Donc, quelque chose d'accessible rapidement, pendant que la femme est disposée à en parler.

46 - Bien sûr.

Q - Pour pas que ça s'enkyste. Pour finir, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter sur ce sujet-là ?

47 - Ben, tu nous feras part des résultats de ta thèse, car je pense que les conclusions de cette thèse nous permettront peut-être d'avoir un œil plus attentif sur la violence conjugale. Et il y a une chose que je retiens : pourquoi ne pas poser la question plus fréquemment ? On parle du tabac, on pose des questions : est-ce que vous songez à arrêter de fumer ? C'est une question qui fait progresser les choses, et cette question: est ce que vous subissez des violences ? Ca pourrait peut-être aider ces dames.

Q - Donc, vous envisagez d'essayer de la placer plus souvent?

48 - Tu vois, je pense que dans une thèse, il n'y a peut-être pas grand chose à retenir, si ce n'est quelques points-clés. Ca me parait important. Après, trouver, certainement des aides extérieures, bon. On a chacun notre façon de procéder, il y a peut-être des moyens plus spécifiques qui pourraient nous aider. Pourquoi pas une consultation tout à fait spécialisée ?

Q - Eh bien ,merci beaucoup.

49 - Je ne sais pas si j'ai répondu à toutes tes questions.

Q – Si, si.

50 - Je te dis comment je le vis. Je ne cherche pas à être très théorique là-dessus.

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P12

Q – Donc, une question assez générale. Là, je parlais de la campagne de 2010, tu as un souvenir de cette campagne ?

1 – Je n'ai pas un souvenir de cette campagne précisément, mais d'actions un peu de prévention. Oui, j'ai des affiches en tête, des choses comme ça, mais je n'ai pas de souvenir précis de Grande Cause, comme tu dis. Mais des choses un peu plus ciblées, plus que la journée de la femme, des choses un peu plus larges cette année-là. J'ai des souvenirs mais pas très précis.

Q- Est-ce que depuis cette campagne, tu es plus sensible au sujet des violences conjugales ?

2 – Non, parce que moi, j'étais déjà quand même dans une réflexion personnelle depuis plusieurs années sur ce thème-là. Donc, je ne pense pas que cette campagne ait changé quoi que ce soit. C'est plutôt une sensibilité que j'avais déjà …avant, avant cette campagne.

Q – Est-ce que tu as l'impression que les patientes que tu vois depuis cette campagne, elles ont un comportement qui s'est modifié ?

3 – Je n'ai pas l'impression. Après, c'est vrai que j'ai une expérience petite. Mais je n'ai pas l'impression.

Q – Est-ce que tu as une notion du nombre de femmes qui subissent des violences conjugales dans les patientes que tu as vues ? Un pourcentage, une prévalence ?

4 - … En fait, je ne pense pas. Je pense qu'il y en a beaucoup plus qu'il n'y paraît, et moi, je ne pose pas la question systématiquement. J'ai fait un stage à Chambéry en orthogénie, où là ils posaient la question de façon systématique, en sachant que les femmes, elles répondaient ce qu'elles voulaient. Et du coup, ils s'étonnaient du nombre de femmes très important qui disaient avoir été victimes de violence. Et moi, c'est vrai que je viens de commencer et je ne l'ai pas intégré de façon systématique à mon entretien. Je vois des femmes qui viennent des fois pour des certificats de coups et blessures, des choses comme ça, donc là je vois qu'elles ont été victimes, elles m'en parlent spontanément. Mais je pense qu'il y en a beaucoup plus qui en sont victimes, mais qui n'en parlent pas. … Moi je dirais qu'il y en a peut-être 20% qui m'en parlent. Mais il y en a beaucoup plus qui en sont victimes.

Q – Un chiffre par mois ? Par semaine ?

5 – Que je vois…Moi je dirais 4 par semaine qui viennent avec une demande spontanée. Après, ça dépend de là où je remplace. Le plus c'est peut-être 4 par semaine, le moins c'est 1 par semaine.

Q – Tu disais que c'était changeant en fonction des endroits où tu avais travaillé ?

6 – Oui, même si j'ai notion que ce n'est pas forcément lié au milieu social, le nombre de violences. Mais quand j'ai travaillé dans des zones…un peu plus difficiles, j'ai l'impression que les femmes, plus spontanément, elles étaient victimes de violence. Mais au niveau statistique, j'ai notion que ce n'est pas forcément lié.

Q – Tu disais, il y en a 4 par semaine qui venaient spontanément t'en parler…

Et en termes de répercussions sur la santé des femmes, qu'est-ce que tu penses que ça peut avoir comme répercussion sur la santé des femmes, les violences conjugales ?

7 – Je pense qu'au niveau du moral, il y en a qui ont un état un peu dépressif, anxieux. Après, il y a des consommations aussi, de produits. Physiquement, il y a les conséquences physiques des coups et tout ça…mmmh…

Q – Les femmes que tu voyais, c'était avec ces symptômes-là ?

8 – Oui. Ou après, quand c'est des violences sur plusieurs années…, ouais, c'est plutôt sur le moral et l'anxiété que j'ai vu.

Q – Pour toi, quel serait le rôle du médecin généraliste auprès de ces femmes, en termes de dépistage et prise en charge ? C'est quoi sa place ?

9 – Déjà peut-être reconnaître ces violences-là comme une violence spécifique…Et peut-être la dépister, poser la question comme on pose les antécédents familiaux et tout ça. Que ce soit un antécédent spécifique du fait que c'est une femme, quoi. Reconnaître ça.

Après, il peut y avoir des campagnes de prévention, je sais qu'en Suisse ils font ça beaucoup auprès des écoles, de faire comprendre aux petites filles que leur corps leur appartient, qu'il n'y a personne qui peut leur faire du mal. « Changer l'éducation », entre guillemets. Le médecin généraliste pourrait faire des interventions dans les écoles.

Et après, soutenir, accompagner les femmes quand elles sont victimes de violence, faire un lien avec les associations. Si elles veulent faire des démarches judiciaires.

Q – Un rôle de prévention…

9bis – Oui, déjà au niveau de la consultation, j'aimerais bien réfléchir à ça. Et après, au niveau des interventions dans les écoles, comme il y a quelques interventions sur la sexualité au collège, ou la contraception ou même dans les écoles primaires, des fois il y a des choses un peu faites là-dessus. Et ben, faire des ateliers spécifiques avec les petites filles.

Q – Et les petits garçons ?

10 – Les petits garçons, oui, pourquoi pas ? Je n'ai pas réfléchi. Mais oui, je ne sais pas comment on pourrait…

Q – Et après, dépistage ?

11 – Et un dépistage, oui.

Q –Sous quelle forme ? De quelle manière ?

12 – Moi, je le verrais bien intégré, du coup, comme à Chambéry, dans leur interrogatoire. A chaque femme, ils demandaient : « Est-ce que vous avez été victime de violence ? ». C'était une question assez large, ils ne précisaient pas le type de violence. Après, je n'ai pas lu d'étude sur les conséquences d'intégrer cette question systématiquement, mais je m'étais dit que ça pouvait être bien. Que les femmes, même si elles ne répondaient pas forcément, si elles n'avaient pas envie de répondre, elles sachent que, ben oui, ça peut faire partie des problèmes

de santé qui peuvent être dits en cabinet de consultation et tout ça. Donc je verrais ça. Mais je n'y pense pas systématiquement. Moi, je ne le fais pas systématiquement.

Q – Du coup, tu le fais dans quelles circonstances ?

13 – Là, je le fais au planning, parce que du coup, c'est dans ma tête. Comme c'est un public de femmes, je l'ai intégré. Mais je pense bien que ça peut être fait même en médecine générale. Mais je le fais au planning.

Q – Et quand tu remplaces ?

14 – Quand je remplace, je n'y pense pas, en fait. Je ne le fais pas forcément, sauf si j'entends dans ce qu'elle me raconte qu'il y a des perches tendues, ou carrément elle me raconte.

Q – C'est devant un motif de consultation, dans quelles circonstances précisément ?

15 – Je pense à des femmes qui viennent parce qu'elles sont fatiguées, elles n'en peuvent plus et là elles me racontent les pressions qu'elles subissent, les violences, les trucs comme ça.

Q – Devant des symptômes comme tu disais tout à l'heure ?

16 – Oui, ou des plaintes énoncées.

Q – Est-ce qu'il y a un profil de patientes ?

17 – Non, non, non. Je ne pense pas. Non, toutes. Je sais que toutes peuvent avoir été victimes. Et c'est vrai que des fois, il y en a qui me racontaient des violences et elles étaient très différentes au niveau de leurs milieux, de leur travail.

Q – Et en systématique, tu ne le pratiques pas ?

18 – Je ne le pratique pas, mais… parce que je n'y pense pas, parce que j'ai été…, on ne m'a pas appris ça. Mais j'ai envie de le rendre systématique, donc je vais y travailler !

Q –Le rendre systématique, c'est-à-dire ?

19 – Par exemple, après je suis remplaçante, donc c'est compliqué, mais quand on reprend les antécédents, quand on voit un patient pour une première fois, eh bien, dans les antécédents, comme on demande les vaccins, les antécédents familiaux, demander : « Est-ce que vous avez déjà vécu des violences dans votre vie ? ». Voilà.

Q –Donc, à un nouveau patient ?

20 – Un nouveau patient, oui. Ou si je reprends les antécédents, quoi. Je n'imagine peut-être pas, si une femme vient me montrer sa cheville, lui demander : « Est-ce que vous avez vécu des violences ? », sans reprendre tous les antécédents.

Q – Si tu poses cette question, c'est à quel moment de la consultation ?

21 – Du coup, ça serait au début, et si elles me connaissent pas, peut-être que ça limiterait, qu'elles ne me répondraient pas forcément. Parce que ça reste, malheureusement, j'imagine que ça reste quelque chose de l'ordre de l'intime et qui n'est pas forcément facile à exprimer alors qu'elles sont quand même victimes… Et en théorie, ça devrait être quelque

chose qui ne dépend pas d'elles, et on ne devrait pas avoir honte d'exprimer des choses comme ça. Mais c'est quelque chose d'assez difficile en général, et si je le demande en début, elles ne vont peut-être pas me le dire. Mais je verrais quand même ça au début.

Q – La première fois que tu vois la patiente ?

22 – Oui, peut-être…

Q – Tu disais, le fait d'être remplaçant. Ca modifie ta pratique par rapport à un médecin traitant ?

23 – D'un côté, je reprends plus facilement les antécédents quand je vois un patient que je ne connais pas. Mais j'imagine que les femmes ont du mal à parler des violences. Eh ben, si elles ne me connaissent pas, elles vont en parler un peu moins facilement. Ça modifie les choses sur deux plans. Ça serait plus facile de reprendre les antécédents et de leur poser la question, mais d'un côté, ça serait plus difficile qu'elles m'en parlent…Ou justement, peut-être que comme elles ne me connaissent pas, elles peuvent en parler ! Je ne sais pas.

Q – A tester !

24 – Voilà, c'est ça !

Q – Tu penses que de bien connaître la patiente, ça va freiner ou aider la confidence ?

25 – J'imagine qu'avoir confiance, ça peut aider. Si on ne se connaît pas, elles ne vont peut-être pas avoir confiance.

Q – Tu dis que tes propres freins au fait de poser la question, c'est quoi, du coup ? Parce que tu dis que ce serait bien…

26 – Mais intégré dans les antécédents. Je ne me vois pas le poser… de façon isolée, comme ça. C'est comme, je ne demande pas aux gens, par exemple, je fais un comparatif, mais s'ils fument, je l'intègre. Par exemple, si elles prennent la pilule ou quand je reprends les antécédents, mais je ne vois pas la question isolée, comme ça, sans rien. Donc, les freins, c'est plutôt qu'il faut que je le lie à quelque chose. Soit on reprend les antécédents, soit elle me parle de quelque chose et je rebondis, je pose la question. Ou sinon, je peux m'appuyer sur la campagne, mais je ne vois pas ça hors contexte.

Q- D'accord. Ce n'est pas un problème de temps ?

27 – Est-ce que ça peut être un problème de temps ?… Ah, je pense, ça peut être un problème de temps ! J'imagine que si je n'ai pas beaucoup de temps, une urgence ou quelque chose comme ça, peut-être que je ne poserai pas la question. Parce que, si elles me répondent et qu'elles sont en difficulté, je ne vais pas les laisser dans leur difficulté. Mais en général, je pense que le temps, c'est pas un frein. Je peux prendre le temps pour ça, parce que je pense que c'est hyper important. Donc, ça le mérite. Sauf si, bien sûr, il y a une urgence.

Peut-être que,- je ne sais pas, je ne connais pas les études-, mais rien que poser la question, ça veut pas forcément dire que ça va pas prendre du temps derrière. J'imagine que c'est important, même en soi, de poser la question, pour qu'elles se disent : « Ah oui, on peut poser cette question, ça veut dire que c'est important ». Même la question seule a un intérêt. Après, si elles répondent, j'imagine que ça demande un peu du temps.

Q – Donc, ça ne serait pas un frein. Est-ce qu'il y a un frein de l'ordre de l'émotionnel ?

28 – Non, non, non. C'est-à-dire, se faire déborder ?

Q – Parce que c'est un sujet sensible, on veut se protéger…

29 – Non, non. Si elles, elles sont dans l'émotion, c'est plutôt normal. Comme d'autres situations en médecine, où elles sont dans l'émotion.

J'aimerais bien aussi avoir à disposition des adresses, mais les centres de santé en général, ils ont ça, si jamais elles sont demandeuses d'avoir des outils, quoi, à leurs donner. Plus ça, quoi, mais l'émotion, non.

Q – Le manque d'outils, ça pourrait être un frein ?

30 – Non, mais je pense que si elles sont en demande ou si je peux leur proposer aussi des associations, ça peut être un peu mieux. Mais je ne pense pas que ce soit un frein.

Q – Si on ne sait pas bien prendre en charge, ça peut être un frein aussi ?

Si une femme nous confie avoir subi des violences conjugales et qu'on ne sait pas trop comment lui répondre, est-ce que c'est un frein au dépistage ?

31 – J'imagine que si on arrive à lui faire entendre que ce n'est pas le lieu, là ce serait vraiment rater le dépistage. Mais après, si elle se sent écoutée et considérée comme ayant vécu une violence, je ne pense pas que ce soit un frein. Même si on n'a pas de solution à lui apporter. Je pense qu'il y a des situations aiguës et des situations sur le long terme, et il n'y a jamais de solution miracle, c'est à la personne aussi de voir. Je ne pense pas qu'on puisse mal prendre en charge si on écoute, qu'on dit qu'on est toujours disponible. Après, je n'ai pas notion d'études faites là-dessus. Ça dépend, j'imagine, du ressenti de la personne. Si elle ne se sent pas prise en compte, ou si la violence est banalisée ou niée, là ça serait vraiment un échec, quoi !

Q – Donc, le rôle du médecin, c'est surtout l'écoute et le soutien, même s'il ne sait pas spécialement orienter ou ce qu'il faut faire concrètement…

32 – Après, il peut aussi se renseigner. Et ça dépend si la personne, elle a une demande ou pas. Il peut aussi se renseigner, chercher des outils et lui amener après. Non, je ne pense pas que ce soit un frein.

Q –Tu disais qu'il y a deux situations différentes, aiguë et chronique. Pour toi, avec deux prises en charge différentes ?

33 – Non, je ne pense pas. Disons que si, par exemple, je vois le certificat de coups et blessures, là, la personne, elle a une demande, et après, le médecin, il fait le certificat. Mais après… Par exemple, une femme, elle a eu des coups par son mari et qu'elle est couverte de

bleus et qu'elle veut un certificat, ce n'est pas très éloigné de quelqu'un qui, au quotidien, vit des violences morales ou physiques. Mais là, le médecin, il a quelque chose à faire, il fait le certificat. Après, au niveau des autres outils, c'est un peu les mêmes.

Q – Il peut se reposer sur le réseau…

34 – Oui, c'est ça. Que ce soit au quotidien, ou une situation plus aiguë. Je pense qu'il n'y a pas trop de différence.

Q – Est-ce que tu as souvenir de situations de violences conjugales, une femme que tu aurais dépistée, que tu aurais aidée ? Tu aurais un souvenir à nous raconter ?

35 – Une femme que j'aurai dépistée, qui ne venait pas pour ça ?

Q – Dans l'idéal ! Ou une situation qui t'ait marquée, même si c'est pas un dépistage que tu aies pratiqué, toi ?

36 – (Temps de réflexion)

En fait, je n'ai que les situations marquantes où les femmes venaient avec des bleus, quoi…J'en ai eu d'autres avec des violences verbales, mais je n'ai plus d'exemples en tête…
Je remplaçais en ville, à Grenoble. Il y a une femme qui est venue un jour. Elle ne m'a pas dit pourquoi elle venait. Elle voulait un certificat d'arrêt maladie, elle ne voulait pas me dire pourquoi. Je la sentais très sur la défensive. Elle était très déçue que ce ne soit pas son médecin traitant. Moi, je la sentais limite agressive. Je la fais asseoir, je prends le temps. Je lui demande si elle a des problèmes de santé, pourquoi elle est en arrêt. Après, elle commence à s'effondrer, elle me dit qu'elle a reçu encore un coup par son mari, qu'elle en peut plus. Elle a pleuré, elle a pleuré. Je l'ai écoutée, je lui ai fait son arrêt maladie. Je lui ai demandé où elle en était vis-à-vis de la violence, si elle avait pensé à faire des choses. Elle me disait qu'elle ne voulait pas porter plainte, qu'elle voulait bien aller quelque temps chez une amie pour prendre du recul. Je lui ai fait quand même le certificat, que j'ai laissé dans le dossier parce qu'elle ne le voulait pas. Je lui ai dit que j'étais toujours disponible si elle avait besoin d'autre chose. Elle ne voulait pas de contact avec d'autres associations.

Q – Du coup, quand les femmes ne sont pas en demande, comme ça, comment on le vit ?

37 – En demande de divorce ?

Q – Pas forcément. Quand elles n'ont pas le souhait d'être aidées davantage ?

38 – Après, elles sont majeures. Il y a une certaine limite dans laquelle nous, on ne peut pas agir à leur place. Je pense que c'est très très complexe. J'ai eu notion que c'est très complexe, ces violences. Et ce n'est pas parce qu'elles retournent dans la situation de violence que nous, on a échoué ou qu'on ne doit plus les suivre, ou qu'on doit être déçu. On doit vraiment tenir compte de leur situation à elles, où elles en sont. Je pense que c'est vrai, des fois elles retournent dans des situations, parce que pour s'en sortir, je crois que c'est très très trés compliqué. C'est un cheminement long. Donc moi, bien sûr, si je vois qu'elles ne sont pas en demande, je me sens impuissante, donc je trouve ça désagréable. Mais il faut faire la part des choses entre ce qui m'appartient à moi, et elles, comment je peux les aider au mieux. Je ne pense pas que faire à leur place, ça va les aider. J'imagine que…Moi, j'informe beaucoup sur le lien avec d'autres personnes qui vivent ça. Parce que j'imagine que ça, ça peut les aider.

Q – C'est-à-dire ?

39 – Les associations par exemple ou...Souvent, elles le font, elles vont chez des copines ou des sœurs, des choses comme ça. Après, on ne peut pas, on n'a pas le droit d'agir à leur place.

Q - Est-ce que de savoir qu'une femme est victime de violence conjugale, pour le médecin, ça apporte un plus dans sa prise en charge ? Ça change sa prise en charge ?

40 – J'imagine. Je ne sais pas. Peut-être qu'il y a des médecins qui auraient pitié s'ils savent qu'elles sont victimes…

Q – Pitié, c'est plutôt négatif ?

41 – Oui, c'est négatif. Est-ce qu'ils ne mettraient pas ça sur le compte de la violence, si elles ont des problèmes de santé ? Ils diront peut-être : « Ah ben, c'est parce qu'elles sont victimes de violence ». Ou est-ce que, au contraire, une fois que les deux personnes savent ce que la patiente vit… Je ne sais pas trop, je pense que ça peut être bien, mais ça dépend du médecin, à

mon avis. Du comportement du médecin, s'il juge ou s'il est moralisateur. J'imagine un médecin qui est déçu par ce que fait sa patiente, ça peut changer sa prise en charge…

Q - Déçu de ?

42 – Si elle ne prend pas de mesure pour s'extraire de cette violence. Mais si c'est pas un médecin comme ça, ça peut être un plus. Si la personne est d'accord pour que le médecin le sache.

Q – Il y a un moment où le médecin se sent impuissant. Des médecins qui vont baisser les bras…

43 – J'ai connu aussi des médecins qui évitaient de poser la question pour ne pas se confronter à cette situation. Mais c'est comme dans plein de situations en médecine, la maladie, la mort, d'autres choses, les problèmes au travail.

Après, il y a d'autres solutions qui ne sont pas individuelles. On pourrait imaginer des ateliers avec toutes les femmes, faire des choses spécifiques au fait qu'elles sont des femmes. Dans les centres de santé, ça pourrait être imaginé.

Q – Dans quel but ?

44 – Reconnaître spécifiquement ces violences, parce que ce sont des femmes. Peut-être que si c'était plus reconnu entre elles et dans la société, il y aurait moins, comme je disais tout à l'heure, de la honte ou le fait qu'elles ne puissent pas en parler, qu'elles se sentent coupables, qu'elles se sentent fautives, il y aurait peut-être moins ça. Je pense, ça aiderait les femmes, dont je fais partie, à s'en sortir.

Q – Donc sensibiliser les femmes ? Les petites filles, puis les femmes ?

45 – Oui, tout le monde ! Les hommes aussi, après. Je n'y ai pas réfléchi, mais pourquoi pas ?

Q – C'est vrai que là, on parle des femmes, mais qu'est-ce que tu penses du dépistage des hommes acteurs de violence ?

46 – Ah oui, oui, oui. J'ai pas réfléchi, mais pourquoi pas ?

Q – Tu as rencontré des hommes acteurs de violence ou du moins que tu pouvais suspecter ?

47 – Oui, parce que j'ai travaillé à la prison. Il n'y avait que des hommes. On ne sait pas pourquoi ils sont là, mais des fois, quand ils racontaient, je savais qu'ils venaient pour violences conjugales. Mais après, ils faisaient un travail psychologique avec la psychologue. Moi, ils venaient avec une demande médicale, donc je ne suis pas entrée dans le sujet.

Q – En en tant que médecin généraliste ? Ce serait quoi notre rôle auprès d'eux ?

48 – Dépister, je ne sais pas trop. J'ai moins vécu ça.

J'imagine que ce serait d'essayer de comprendre avec lui pourquoi ça se passe. Faire reconnaître que c'est une violence, aussi. Un travail là-dessus. Responsabiliser. Mais je ne sais pas s'ils s'en rendent compte, que c'est mal, ce qu'ils font. Essayer de comprendre pourquoi ils font ça, de prévenir.

Q – C'est aussi le rôle du médecin généraliste ?

49 – Oui. Ça dépend si c'est une plainte de la personne. J'imagine que c'est un peu plus compliqué. S'il s'en plaint, on peut l'aider, on peut essayer de travailler dessus. Mais s'il ne s'en plaint pas…C'est un peu compliqué.

Ça peut être le rôle du médecin généraliste, parce que le médecin généraliste, il est là pour travailler sur la santé des gens. Si on voit le mari qui tape sa femme… Je pense que ça fait partie de la médecine générale. Après, il y a des côtés un peu judiciaires.

Q – Donc, de suivre le couple, ça facilite, ça gêne ?

50 – Ah ça, je ne sais pas trop. Pour moi, si je sais que je vois la femme et après je vois le mari qui tape la femme, avec le mari, c'est un peu plus compliqué. En prison…ouais…J'aurais à travailler dessus, de ne pas juger, de ne pas m'énerver. Pour moi, je ne sais pas si ça serait facilitant, parce que je ne serais pas vraiment aidante pour l'homme, le mari. Mais après, ça peut se travailler.

Q – Tu es assez pro féministe ?

51 – Oui. Sans pour autant... Tout ça, c'est à intégrer dans une société pour moi, c'est social. Donc, ce n'est pas en condamnant et en mettant de côté tous les hommes que ça va résoudre le problème. Mais du coup, au niveau des hommes, j'ai été moins sensibilisée là-dessus et je ne saurais pas trop comment faire. Mais on peut tester. Je ne sais pas s'il y a des écrits dessus. Je sais qu'en prison, les psychologues, elles travaillent vachement là-dessus.

Q – Est-ce que tu penses qu'être un homme médecin ou une femme médecin, on va aborder le sujet différemment ? On va avoir des facilités différentes ? Est-ce que le genre, ça influe ?

52 – Je pense que ça dépend du médecin, parce que la personne, elle ne vient pas voir un homme ou une femme, elle vient surtout voir un médecin. Donc, je ne pense pas que le genre du médecin change énormément les choses, s'il a un comportement bienveillant et aidant. Parce que c'est d'abord un médecin pour la personne.

Q –Et pour le médecin ?

53 – Ah, je pense que ça dépend des médecins, mais à mon avis, les hommes, ils sont peut-être un peu défavorisés dans cette histoire, parce personnellement, ils ont peut-être moins ressenti les choses. Donc, ils sont peut-être moins sensibilisés là-dessus. Mais une fois qu'ils s'y sensibilisent, je ne pense pas que ça change quelque chose.

Q – Parce que toi, tu avais l'air de dire que tu étais plus à l'aise avec les femmes ? Est-ce que c'est en tant que femme ou …?

54 – Je crois que si c'est une femme, c'est plus facile. Parce que peut-être, elle a vécu ça. Peut-être pas vécu, mais elle a été sensibilisée. C'est vrai que moi, personnellement, je serais plus à l'aise avec une femme qu'avec un homme. Mais comme je disais un médecin, c'est d'abord un médecin. Je ne pense pas que ça fasse de barrières importantes, mais ça facilite un peu.

Q – Est-ce que tu penses que tu as besoin de quelque chose pour améliorer ton dépistage, ta prise en charge de ces femmes qui subissent des violences conjugales ?

55 – J'aurais besoin d'études, de données.

Q – C'est-à-dire ?

56 – Je ne sais pas si ça a été fait, par exemple au Canada, sur le dépistage de la violence faite aux femmes. Est-ce que ça a amélioré leur qualité de vie ?

Q – Pour savoir si ça vaut vraiment le coup ?

57 – Oui, savoir si ça change quelque chose pour elles.

Et de quoi j'aurais besoin d'autre ?…De le tester. Faire des jeux de rôle. Tu vois, un jeu de rôle où le médecin, il doit sortir cette phrase de dépistage et voir à quel moment c'est le plus propice, en début de consultation, en fin de consultation. Peut-être le tester oui.

Q – Des formations ?

58 – Oui. Mais après, je pense qu'en médecine, on aurait besoin de formations globales spécifiquement sur les femmes. Pas forcément sur les femmes victimes de violence, mais sur les femmes en elles-mêmes. En quoi le fait d'être une femme, il peut y avoir atteinte à la santé. Un truc un peu plus global, pas que contraception et IVG.

Q – Ca serait où ?

59 – Ca pourrait commencer de la petite fille. On pourrait nous former dès que les enfants sont petits, à parler de ça.

Q –Mais à quel moment les médecins seraient formés à ça ?

60 – Pendant l'internat ou pendant le cursus.

Q – Et une fois que tu as fini l'internat ?

61 – Je ne sais pas s'il en existe spécifiquement. Ça serait plutôt sur le terrain. Une fois que j'identifierais que j'ai besoin d'informations ou de formations, j'irais me renseigner. J'ai besoin d'informations sur : est-ce que c'est efficace et les outils possibles.

Q – Les outils, ça veut dire le réseau ?

62 – Oui, les associations, aller les rencontrer, savoir comment elles fonctionnent.

Q – Est-ce que c'est un sujet qu'on pourrait aborder dans une consultation spécifique, dédiée à ça ?

63 – Pour toutes les femmes ? Oui, pourquoi pas ?

Q – Ou dans la consultation de gynécologie ?

64 – Oui. Comme quand je le fais au planning, je suis un peu plus orientée là-dessus. Oui, carrément

Q – Et une consultation où adresser les personnes victimes de violence ? Le médecin, il dépiste et après, si au niveau prise en charge il ne se sent pas à l'aise, il pourrait adresser. Tu penses que ça aiderait les médecins ?

65 – Oui, ils se sentiraient moins impuissants. S'ils ne se sentent pas à l'aise, pas aidants…

Q – Est-ce que tu as autre chose à dire sur le thème des violences conjugales ?

66 – Je crois que c'est tout.

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P13

Q – Est-ce que cette campagne de 2010, tu en as un souvenir ?

1 – Oui, oui, effectivement. J'ai souvenir de certains spots télévisuels, même au niveau de la presse écrite, avoir vu effectivement des annonces. Après, c'est vrai, comme tu le disais très justement, il n'y a pas eu vraiment de courrier directement adressé en tant que médecin généraliste. C'est plus télévision et presse générale.

Q – Et est-ce que depuis 2010 tu es plus sensibilisé, tu as modifié ta pratique par rapport à ce sujet-là ?

2 – Oui, c'est vrai que la démarche interpellait. Je crois que ça reprenait des données statistiques, c'était du concret au niveau du message. Donc, c'est vrai que quelque part on y pense peut-être davantage, oui ça sensibilise quelque part.

Q – Et depuis 2010, est-ce que les patientes, tu as le sentiment qu'elles se confient plus, qu'elles en parlent plus ?

3 – Non, non. Je pense que c'est toujours aussi difficile.

Q – Dans ta patientèle, est-ce que tu as notion un petit peu du pourcentage de femmes qui pourraient subir des violences conjugales ? Ou un nombre ?

4 – Ca c'est très difficile, c'est une bonne question. Des fois, on peut émettre pas forcément des doutes, mais on a l'impression qu'il y a des problèmes de couple. C'est très difficile de faire la part des choses, savoir ce qui se passe derrière exactement, s'il y a seulement mésentente ou si ça va plus loin. Après, les patientes qui viennent en parler en consultation, il n'y en a pas tant que ça.

Q- Il n'y en a pas beaucoup…Et un chiffre par mois ou par semaine ?

5 – Moi, j'aurais dit une tous les deux mois, ce qui fait 10-12 par an peut-être. Maxi, maxi ouais, ouais. Ça dépend, il y a peut-être des périodes où on en voit un peu plus. Je dirais grand maximum, 10 dans l'année.

Q – Qui en parlent ?

6 – Oui. Ce qui déclenche souvent la consultation, c'est la demande de certificat pour coups et blessures. Ou alors peut-être un peu plus rarement, les violences psychologiques. Mais le certificat, c'est la chose qui déclenche souvent la consult.-clé.

Q – Les violences conjugales, en termes de répercussions, de conséquences sur la santé de la femme, toi, tu as vu quoi, du coup, en consultation ?

7 – En donnant des exemples, ou plus généralement ?

Q – Oui des exemples ou même plus généralement oui ! Qu'est-ce que ça a comme répercussions sur la santé de la femme ?

8 – C'est une répercussion qui est plutôt globale. Déjà il y a le stress, une fatigue. Parfois ça va vers le versant dépressif avec troubles du sommeil, perte de poids, etc. Après, physiquement, les personnes qui ont été agressées, il peut y avoir des contusions ou plus. Après, je pensais aussi aux enfants. Il peut y avoir des demandes induites par le stress des enfants. La violence est un peu limite aussi.

Q – Il y a des répercussions sur les enfants ?

9 – Oui, oui, je pense à un ou deux cas précis où effectivement, ce qui avait motivé la personne à venir, c'est que la violence commençait à se porter, à dériver sur l'enfant. C'est sûr que là, ça a été l'élément déclencheur de la venue. Ce n'est pas facile d'aborder le sujet. Il faut oser franchir la porte du cabinet, des fois ce n'est pas simple.

Q – Et nous, en tant que médecins généralistes, quel est notre rôle auprès de ces femmes, au final ?

10 – Alors, un rôle d'écoute. C'est quelque chose qui est essentiel. C'est quelque chose qui est difficile parce qu'il faut essayer d'avoir une certaine neutralité. Faut être à l'écoute sans tomber effectivement, peut-être dans la compassion. Je pense qu'il faut éviter, parce que ça peut… pas orienter mais… je pense qu'il faut essayer de rester, d'avoir une certaine neutralité. En recueillant les données de l'anamnèse, en posant des questions sur la périodicité, le point de départ, ce qui se passe exactement. Voilà, on a un rôle un petit peu d'enquête. Il faut essayer d'être objectif. Être objectif aussi sur les indices un peu cliniques. Il y a le certificat descriptif qui doit être rigoureux et détaillé. C'est important, il y a une cotation qui va avec. Un rôle de conseil aussi, parce que si on sent qu'il y a un danger qui peut être imminent, il ne faut pas hésiter à recommander à la personne de faire un dépôt de plainte. Il faut émettre l'hypothèse. Il ne faut pas être directif et imposer les choses… Je pense que c'est pas mal de faire comme ça, parce que souvent elles y réfléchissent. Moi, j'ai une personne, elle n'y est pas allée tout de suite, mais devant la persistance des choses, elle a fini par y aller. Elle a dit qu'après coup, ça l'avait décidée. Le fait d'en parler…ça lui avait permis de se rendre compte qu'on arrivait à un point donné où il n'y avait pas d'échappatoire, où il fallait enclencher la voie légale quand même.

Q – Donc, si on résume, un rôle d'écoute, un rôle d'information, plus ou moins d'orientation. Et on a un rôle de dépistage aussi ?

11 – Alors ça, ce n'est pas évident. Comment aborder le sujet comme ça ? C'est extrêmement difficile. Là, après, je serai assez demandeur d'avoir un peu des clés pour peut-être approfondir le point de suspicion. C'est quelque chose qui n'est pas simple…

Q – Et un rôle de prise en charge ?

12 – La prise en charge, oui…C'est-à-dire, dans le long cours ?

Q – À partir du moment où on sait que la patiente elle est victime de violences conjugales, oui, voilà, le suivi, par la suite, qu'est-ce qu'on fait ?

13 – Oui, alors après, savoir s'il faut l'orienter. S'il y a besoin de voir un spécialiste en psychiatrie ou simplement en CMP (*Centre médico-psychologique*). Des fois, ça peut être important. Il faut essayer de sentir si on doit passer la main rapidement à quelqu'un, si on

sent que la situation n'est pas évidente. Il y a aussi l'assistante sociale qui a son rôle, si on sent qu'il y a une intrication avec des difficultés sociales économiques. Les enfants aussi. Pas hésiter à recommander, passer un coup de fil à la personne concernée, peut-être avertir. Je pense que c'est une question de feeling, selon le cas de figure, le contexte.

Q – Le médecin, il pourrait avertir ? Avertir qui ?

14 – Moi, je pense que je demanderais à la personne. Je ne ferais pas ça derrière son dos. En premier lieu, je demanderais à la personne. Sauf si vraiment il y avait la notion de

« danger et de péril imminent ». Encore une fois, la phrase est assez vaste. Où se fixe la limite, ce n'est pas facile à définir.

Q – Si on axe un peu plus sur le dépistage. Tu disais qu'au niveau dépistage tu n'es pas spécialement à l'aise ?

15 – Bah, non. Non, non…

Q – C'est une démarche qui te gêne ?

16 – Bah…c'est vrai que comment aborder la chose, ce n'est pas facile, ouais... Je me vois mal effectivement poser la question : « Comment ça se passe à la maison ? ». Surtout si le motif de consultation est très différent, très éloigné. C'est pas…c'est quelque chose qui peut mettre mal à l'aise…

Q – Mettre mal à l'aise qui ?

17 – Tout le monde, je pense : le médecin comme le consultant, le patient.

Q – D'accord. Et dans quelles circonstances tu te sens d'aborder le sujet des violences conjugales en consultation ?

18 – A priori, soit s'il y a des choses franches avec des violences physiques ; soit si la personne vient un petit peu dans la consultation sur un versant un peu psychique. Si elle ne se sent pas bien moralement, là c'est sûr que j'aborderai les éléments de la vie personnelle, la vie conjugale, la vie de famille, comme le travail, etc. Ca oui. Mais pour une consultation tout venant, ça semble difficile d'aborder la chose, quand même.

Q – C'est une gêne qui vient de quoi ? C'est une appréhension de la réaction de la patiente ?

19 – Oui, il y a un peu ça, effectivement. Et la difficulté, ayant finalement un temps de consult un peu limité pour la somme de travail, si on veut se concentrer sur un point donné, c'est pas évident d'aborder plein de choses.

Q – Donc, un problème de temps ?

20 - C'est pas forcément le cas tout le temps, mais ça peut être un frein, oui.

Q – D'autres freins ? Le fait de ne pas avoir d'outils pour prendre en charge correctement la patiente, ça constitue un frein ?

21 – Peut-être qu'avoir un guide, un fil conducteur, ça pourrait aider. Peut-être qu'il y a des éléments auxquels je ne pense pas forcément, qui pourraient orienter plus facilement sur le dépistage. Moi, je serais assez demandeur d'éléments informatifs.

Q – Parce que pour l'instant, le dépistage systématique, c'est pas évident…

22 – Non, ce n'est pas évident. Il ne me semble pas qu'il y ait de formations au niveau de la pratique, durant les études, durant l'externat, il ne me semble pas qu'on aborde le sujet. Bah voilà, on fait un petit peu les choses comme elles viennent, avec un peu d'intuition…Je pense que c'est vrai pour pas mal de monde, sauf peut-être les gens qui ont fait une formation spécifique.

Q – Parce que, si on fait un dépistage systématique, on pourrait être démuni après ?

23 – Il y a un truc qui me vient à l'esprit. Peut-être, à ce moment-là un truc qui serait intéressant, c'est peut-être laisser un questionnaire qui peut être anonyme.

Q – Qu'on laisserait où, le questionnaire ?

24 – Après… ça peut être un premier pas pour que la personne puisse aborder le problème, qui est difficile encore une fois, par écrit. Ça peut, peut-être, être un premier pas. Faut demander après : « Est-ce que vous avez envisagé de venir en consultation ? Quels sont vos freins ? » etc. Un retour d'information comme ça. Ça peut être intéressant.

Q – Un questionnaire pour aider au dépistage ?

25 – Oui, ça peut être plus facile que de poser la question systématiquement, frontalement. Ça permet à la personne de répondre si elle en a envie, de ne pas être surprise, de prendre le temps de répondre. Ça peut être le premier pas d'amorçage.

Q – C'est le médecin qui le donnerait, le questionnaire ?

26 – On pourrait le laisser en … Nous, comme on est en maison médicale, on a la chance d'avoir pas mal d'espace. Il y a la salle d'attente, il y a l'accueil. Bon, la personne ne serait pas forcément obligée de la remplir immédiatement, mais elle pourrait très bien le rapporter à la limite quand elle le souhaite, aux heures plus calmes, sans que tout le monde la voie poser sa réponse.

Q – Ce serait un outil intéressant !

27 – Oui, ça serait intéressant, oui.

Q – Parce qu'aborder le sujet des violences conjugales en consultation…

28 – Systématiquement, frontalement, moi, franchement, je trouve, ça serait difficile !

Q – « Frontalement » : on sent que c'est quelque chose d'assez…comment dire ? C'est comme un clash, c'est assez violent !

29 – Bah ouais, parce qu'on rentre dans la vie privée. Il y a des choses qui ne semblent pas évidentes et qui le seraient déjà un peu plus. Au niveau alimentation, des fois, moi j'aborde, on peut désarçonner les gens quand même. On rentre mine de rien dans la vie privée des gens.

Q – Quand on leur parle de leur poids ?

30 – Oui, voilà. Donc au niveau conjugopathie, tout ça, on va encore plus loin. Si on le fait systématiquement, il peut y avoir une intrusion qui peut peut-être bloquer et qui peut être négative après. Je ne sais pas, c'est peut-être une façon de penser. Moi je vois les choses un peu comme ça.

Q – Il n'y aurait pas un moment un peu plus propice qu'un autre pour glisser cette question-là ?

31 - Non je ne vois pas trop…

Q – Si on résume ce qui freine le dépistage. C'est intrusif, il y a potentiellement un manque de temps à accorder à ce sujet-là.

32 – Ca c'est plutôt en second lieu. Le premier me semble important, le deuxième un peu moins.

Q – Et tu as dit une dernière chose, le manque d'outils. Le questionnaire, c'est intéressant, oui.

33 – Le fait qu'il y ait un caractère anonyme, ça peut aider. C'est un peu comme le numéro vert qui existe. Ça, c'est quelque chose qui facilite la démarche et qui aide. Je pense.

Q – Est-ce qu'on souhaite se protéger par rapport à des situations difficiles, il y a un côté émotion ?

34 – Oui, qu'on le veuille ou non, oui, il y a un aspect émotionnel. Quand je disais au départ qu'il faut essayer d'avoir une certaine neutralité, c'est pas facile. On a tendance après à prendre rapidement parti si les choses sont décrites et ça, c'est pas évident. Il ne faut pas qu'on soit juge. Je ne pense pas. Faut être bienveillant, faut aider, faut être à l'écoute. Après, s'il y a un jugement, c'est par la voie légale. Ça dépasse notre fonction.

Q – Est-ce que le dépistage des hommes acteurs de violence, ça peut être aussi un rôle du médecin généraliste ?

35 – Au niveau de la personne qui commet les violences ? Alors là, peut-être bien. Je pense au cas de figure des patients qu'on voit pour des problèmes d'addiction, l'alcool en premier lieu. Là c'est vrai que moi, j'aurais tendance à poser la question de savoir s'il y a retentissement, s'il ne perd pas un peu pied. Et peut-être plus facilement aussi s'il y a le conjoint qui vient avec, la concubine, la femme.

Q – C'est-à-dire ?

36 – Peut-être que là, j'aborde plus facilement. Déjà, ils font la démarche de venir parce qu'il y un problème d'addiction, un problème d'alcool. Une demande de sevrage, une demande

d'aide en premier lieu. Là, c'est vrai, on peut brosser le contexte et on peut plus facilement aborder le sujet. Parce qu'ils ont fait la démarche, il y a une demande. Mais c'est vrai qu'un patient qui vient pour un renouvellement, arrêter le tabac, un vaccin, là je n'aborderais pas le sujet comme ça. Ça me paraît difficile, très franchement.

Q – S'il n'y a pas d'axe d'approche, c'est difficile.

37 – Je pense qu'il faut essayer de trouver une serrure pour entrer dans la sphère privée. Une des serrures, c'est effectivement le problème d'addiction, les problèmes psychiques. Après, c'est beaucoup plus difficile.

Q – Est-ce que le fait de suivre le couple, c'est facilitant ou au contraire ?

38 – Pas toujours, parce que je me souviens, c'était au début de l'installation, d'ailleurs c'est des gens que je ne vois plus, alors je ne sais pas s'il y a un lien de cause à effet. Des patients qui étaient plutôt jeunes, actifs, plutôt sportifs, tout ça. On avait l'impression que ça se passait très bien. Et un jour, ils sont venus. Je ne me rappelle plus très bien s'ils sont venus tous les deux ou si c'est la patiente qui est venue. Mais en déclarant qu'il y avait un problème de conjugopathie et de violence. Je crois qu'il y avait eu de la violence physique. Ce qui m'avait surpris, parce que c'est vrai que je ne m'y attendais pas.

Q – Ils avaient fait la démarche ensemble ?

39 – Oui, à un moment donné je les ai vus ensemble au cabinet. Et d'ailleurs, je leur ai dit que j'étais le premier surpris, parce que j'étais loin de penser qu'il y avait un problème conjugal. Comme quoi, bon, il y a peut-être une leçon à en tirer, c'est que ça ne se porte pas sur la tête des gens. C'est pour ça que l'histoire de l'anonymat, le questionnaire, là, peut permettre d'aborder le sujet. Moi, personnellement, j'aurais du mal à aborder le sujet de but en blanc. Je ne sais pas, si après, c'est quelque chose que je m'astreignais à faire, peut-être que ça rentrerait dans une démarche qui deviendrait, peut-être pas automatique, mais faut voir, faut y réfléchir…

Q – Il y a des médecins, ils disent, ce n'est pas que ça les gêne, c'est qu'ils n'y pensent pas…

40 – Là, encore une fois, on retombe sur l'autre facteur. Des fois, on est bousculé. Bien souvent il y a des demandes multiples. On a affaire à un bouquet de choses assez importantes, donc c'est sûr, ça ne viendra pas à l'esprit. S'il n'y a qu'une seule chose à aborder, c'est peut-être plus facile.

Pour rebondir sur le fait que ça ne se porte pas sur la tête des gens, ça ne se porte pas non plus sur une catégorie. Il peut y avoir des gens âgés, finalement, où ça se passe mal. Voilà, comme on ne le disait, pas forcément des violences physiques, mais psychiques. Moi, je pense à une patiente qui a déjà une grosse pathologie, qui a une sclérose en plaques, et on lui a

découvert, il n'y a pas si longtemps, un cancer digestif, elle cumule un petit peu. Et c'est vrai que son mari qui n'était déjà pas très…comment dirais-je…qui n'arrange pas les choses, qui n'arrondit pas les angles. Bon bah, c'est vrai, des fois, elle lui fait plus de reproches. On en a parlé l'autre fois. Comme elle en a un petit peu parlé, là bien sûr, il y avait la serrure ! Ca permet d'ouvrir la porte !

Q – Qu'est-ce qu'elle a dit ?

41 – Bah, qu'elle en avait marre. Moi, je lui ai dit encore une fois que j'étais un peu étonné. Parce que le monsieur, je l'avais vu quand elle était hospitalisée pour son bilan digestif. On en a un petit peu parlé. Un monsieur bien sympathique, tout ça. On avait l'impression qu'il recevait un petit peu le message de la gravité de la chose, qu'il était à l'écoute. Et puis voilà encore une fois, un peu une claque dans la figure ! Voilà, c'est elle qui a abordé le truc. Je lui ai demandé ce qu'elle comptait faire. Elle pensait se séparer. Parce que c'est quelque chose qui commence à devenir très très difficile pour elle au quotidien.

Q -Donc, en effet, ça touche toutes les catégories de femmes.

42 – Absolument. Une dame qui n'est pas toute jeune. Ça peut concerner beaucoup de monde.

Q – Est-ce que tu penses que le fait d'être un homme médecin ou une femme médecin, ça peut influer sur le dépistage ?

43 – Je ne suis pas certain. Je crois que j'en avais parlé avec ma consoeur et on avait à peu près la même fréquence de consultation spontanée sur le problème. Je ne pense pas qu'il y

ait une influence. Je pense que le principal, c'est la confiance. S'ils se sentent en confiance pour aborder le sujet ils le font, quel que soit l'âge ou le sexe du médecin.

Q – Et est-ce que ça influe sur la démarche de dépistage du médecin ?

44 – Ah, le dépistage…C'est une bonne question, je ne sais pas. Peut-être que les femmes médecins généralistes qui font beaucoup de gynéco ont une vision un peu plus globale sur le couple, la famille. Peut-être, mais j'en suis pas sûr.

Q – Est-ce que tu as souvenir de ta première confrontation à une situation de violences conjugales ? Ou d'une situation qui t'a vraiment marqué, ému ?

45 – Non, je citais un peu les cas que j'avais en tête depuis l'installation. Après, la toute première en tant que remplaçant, je ne me souviens pas vraiment. C'est vrai que ça désarçonne un peu au début, ça désarçonne parce que parfois, même souvent, on est plus jeune que la personne qui vient, on n'est pas forcément en couple. Donc bah, c'est vrai qu'à titre personnel, on n'est pas du tout dans la même situation. Après, du coup, on revient rapidement sur la démarche médicale, mais c'est vrai que c'est quelque chose qui peut surprendre, qui peut désarçonner quand même. Mais bon après, de toute façon, on retombe dans la démarche d'une consultation, sur les demandes de problèmes psychologiques. Je pense qu'au début on se calque un petit peu là-dessus. Sur l'écoute. Un premier temps d'écoute et un deuxième temps d'affinage, avec des questions.

Q – Est-ce qu'il y a une patiente que tu aurais suivie au long cours ?

46 – Non, pas plus que ça, parce que… par rapport à l'installation qui n'est pas si vieille que ça, il y a un recul qui est encore peu important par rapport à d'autres généralistes. Hormis peut-être la jeune patiente avec qui on avait abordé le sujet, qui était très réticente à l'idée d'aller voir les gendarmes pour porter plainte.

Q – C'est la patiente qui était venue ?

47 – Oui. On avait abordé le sujet, et elle était revenue. Et elle était revenue en disant qu'elle avait fait la démarche et que de toute façon il y avait une séparation, ce qui était très bénéfique pour elle et son enfant. Donc, plutôt un bon retour de l'histoire quand même, qui se termine bien, pour une fois. Par rapport à ce qu'on a pu apprendre dans les médias, les statistiques qu'on a pu donner, on sait qu'il y a des décès de violence conjugale, des séquelles. Donc on se dit : si la personne se sent mieux moralement, qu'elle respire enfin, qu'il n'y a pas eu de problème séquellaire physique, - après psychologique, c'est un peu délicat, je pense qu'on n'en sort pas complètement indemne -, c'est gratifiant. C'est gratifiant si on l'a quelque peu aidée dans la démarche, c'est bien quoi.

Q – Donc, tu dis que savoir que la personne a subi des violences, que mettre à jour cette situation-là, ça peut apporter un plus à la prise en charge globale ?

48 – Oui, je pense. Après, on connaît de toute façon plus la personne. Elle s'est confiée. Et je pense qu'elle sera d'ailleurs, surtout si la démarche aboutit, elle sera vraiment en totale confiance, enfin il me semble. C'est toujours un plus.

Q – Tu as raconté plusieurs situations où les personnes t'ont confié des situations de violences conjugales. Et après, qu'est-ce qui s'est passé ? Ils sont venus, ils ont posé leur histoire et quelle a été ta démarche après ?

49 – En fin de consultation, on leur dit qu'effectivement on reste à l'écoute, que s'il y a un problème ils nous appellent, qu'il ne faut pas hésiter, qu'ils ne nous dérangeront pas, c'est important de signaler si les choses persistent sur le plan psychique ou somatique. Donc là, il faut laisser la porte ouverte. Il y a des gens qu'on ne revoit pas. Ou plus tard. Et là, on sait toute de suite la fin de l'histoire. Encore une fois, c'est délicat de leur imposer les choses. Leur signifier qu'on est là pour continuer le suivi, aborder le problème s'il est toujours présent. Mais c'est très difficile d'imposer les choses, leur dire : « On se revoit telle date », etc.

Q – Il faut respecter leur demande ?

50 – Oui, moi je pense.

Q – Tu disais, ils peuvent faire appel à l'assistante sociale, au CMP ?

51 – Oui, sur le secteur où on est (*Bourg d'Oisans*), ce sont des intervenants que l'on peut joindre assez facilement. Qui répondent assez bien, moi je trouve, dans la plupart des cas.

Q – Parce que c'est vrai qu'il n'y a pas le même réseau qu'en ville…

52 – Non il y a une proximité qui est peut-être plus facile. Après, moi, ce que je n'ai jamais eu par contre, c'est le cas de violences sexuelles immédiates. Là, j'aurais tendance à confier la personne au centre hospitalier pour qu'il y ait un examen médico-légal. De toute façon, il me semble que c'est un petit peu la règle, la conduite à tenir. Je n'ai pas encore eu le cas de figure, probable que ça arrive un jour, parce que c'est vrai qu'on est amené à voir, je pense, un peu tout…

Q – Tu pratiques depuis 2006. Est-ce que, depuis 2006, l'expérience ça t'a fait évoluer sur ce sujet-là ?

53 – Oui, le fait de recevoir les gens, discuter du problème, d'aborder le sujet du certificat descriptif. Après, c'est une démarche, si on la fait à plusieurs reprises, après on a une rigueur qui s'acquiert. Je pense que l'expérience est importante.

Q – Ca aide à être plus à l'aise… ?

54 – A ne pas oublier des choses importantes.

Q –Donc plus à l'aise dans la prise en charge, plus à l'aise dans le dépistage ?

55 – Encore une fois, le dépistage est plus dur... Mais dans la démarche de consultation pour le sujet même, oui. C'est quelque chose que je vois certainement plus maintenant que je suis installé, qu'en tant que remplaçant. Ce qui paraît sans doute un peu logique, parce que les gens connaissent leur médecin traitant et sont peut-être plus à l'aise pour aborder le sujet.

Q- Le remplaçant n'a pas le même rôle ?

56 - Je n'ai pas quantifié, mais mon impression est qu'il y avait moins de cas.

Q- Parce que le lien de confiance…

57 – Oui, il est important.

Q – Si on en vient à tes besoins pour encore améliorer ta façon de dépister, de gérer les violences conjugales ? Tu penses que tu as besoin de quoi ?

58 – Peut-être avoir des clés du dépistage.

Q -Surtout sur le dépistage ?

59 – Oui essentiellement ça. Après, la démarche de prise en charge à la demande de la personne quand il y a un problème, ça peut toujours être intéressant d'avoir des clés quand même. Je donne mon expérience mais on n'est jamais exhaustif et il y a des choses auxquelles on ne pense pas forcément. Ça serait intéressant aussi.

Q – Ce serait un besoin de formation ?

60 – Oui, d'informations ou de formations. Il peut y avoir plusieurs méthodes. Ça peut être un intervenant, ça peut être un guide. Ça peut être sous des formes très différentes.

Q – Un outil informatique, une alerte sur le logiciel ?

61 – Aussi, effectivement. Peut-être avec certains motifs de consult. Les troubles du sommeil, où d'autres choses qui seraient récurrentes, quantifier un peu ça, pourquoi pas ? Je pense que les outils sont multiples. Ça serait intéressant.

Q –Et un groupe de parole de médecins autour du thème des violences conjugales ?

62 – Pourquoi pas. Mais j'ai peur qu'on parte dans chacun son histoire…Peut-être moins. Plutôt des outils pédagogiques, la démarche avec les points-clés.

Q – Pour le dépistage ?

63 – Le dépistage et l'ossature de la consultation, pour ne rien omettre, pour tendre vers l'exhaustivité même si elle n'est jamais absolue !

Q – Et peut-être aussi avoir plus d'outils, ça veut dire mieux connaître le réseau qui s'occupe des violences conjugales ?

64 – Oui, aussi, il y a peut-être des structures que j'ignore, certainement même. Il doit certainement y avoir des antennes sur le département, sur la région grenobloise. Par contre, je serais incapable de les citer. Des fois, l'outil Internet peut faciliter les choses.

Q – Tu as fait des recherches ?

65 - Je ne l'ai jamais fait, mais on peut avoir l'idée comme ça. Parfois, c'est une demande de la personne. La personne ne souhaitera pas forcément aller au CMP du secteur pour ne pas croiser des gens de sa connaissance. Des fois, on ne connaît pas les adresses plus lointaines, on peut être amené à chercher et à connaître les choses. Mais spontanément s'il y a un réseau, je ne le connais pas.

Q –D'autres besoins ? Tu parlais du questionnaire ?

66 – Oui, ça m'est venu pendant la discussion. Peut-être que ça existe déjà, peut-être que c'est anglo-saxon. Peut-être que j'ai vu ça dans un reportage…Un souvenir indirect. Je pense que ça peut faciliter les choses. Si c'est le cas, ça existe peut-être déjà.

Q – Oui, c'est une bonne idée. Et dernière chose, une consultation dédiée à ce thème-là ?

67 – Ou peut-être décider d'une date où on fait ça.

Q – C'est-à-dire ?

68 – Qu'il y ait une annonce auprès du public pour dire : « Voilà telle date on reçoit spécifiquement ! »

Q –Elles oseraient venir… ?

69 – Oui ce n'est pas évident. Pas forcément dans le bureau habituel. Après, c'est une idée assez vaste, il faut réfléchir à la mise en place. Ça serait délicat de recevoir dans la salle d'attente, ça peut poser problème…

Q – Et aborder le sujet en consultation de dépistage gynéco ?

70 – Dans notre structure, il est probable qu'il y ait une demi-journée où il y aurait le planning familial. Ça peut faciliter la démarche. Mais encore une fois, c'est la chance qu'on a d'avoir une structure comme ça, parce qu'en cabinet isolé, c'est plus difficile.

Q –En Suisse, il existe une consultation à laquelle les médecins peuvent adresser les patientes après dépistage. Est-ce que ce serait intéressant ? Avoir une sorte de référent auquel adresser les victimes de violence ? Histoire d'alléger la tâche du médecin généraliste ?

71 – Oui, il y a ça et c'est vrai qu'on est tous différents. Il y a peut-être des généralistes qui ne sont pas forcément à l'aise avec la gestion du problème, donc oui. Ça peut être une aide précieuse. Il y a des généralistes qui prendront en charge le problème de l'obésité eux-mêmes alors que pour d'autres ça ne sera pas forcément dans leurs cordes, ils ne seront pas forcément à l'aise, ils adresseront la patiente à quelqu'un qui sera dévoué à la prise en charge. Oui, c'est quelque chose qui peut être intéressant et utile.

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P14

Q - Donc, pour commencer, est-ce que tu te rappelles de la campagne de 2010, est-ce que tu as vu un changement au niveau de ta patientèle ?

1 - Moi, j'ai changé moi de patientèle, puisque j'ai été installé à Annecy pendant deux ans et là je me réinstalle depuis deux mois ici. Donc, déjà, j'ai changé complètement de patientèle. En 2010, j'étais encore à cheval avec des remplacements. Donc c'est vrai que les changements, moi, j'en ai eu personnellement beaucoup, donc après, un changement où j'ai identifié avec la cause, non. Je n'ai rien noté de particulier. Je n'ai pas eu l'impression.

Q - A ton avis, dans ta patientèle, quelle est l'importance des violences conjugales ?

2 - C'est quand même relativement important à des degrés divers, je pense. C'est vrai que des certificats... On a quelques certificats coups et blessures pour la gendarmerie. L'importance... j'en sais rien, ma patientèle a beaucoup évolué dans le temps. En pourcentage ?

Q - Oui, est-ce que tu chiffres ?

3 - Chiffrer, je ne pourrais pas, par mois... peut-être une fois par mois quand même, peut-être un peu moins d'une fois par mois.

Q - Pour les certificats ?

4 - Pour les certificats, oui, après il y a toujours la loi des séries, mais peut-être, en moyenne une dizaine par an, c'est possible, oui. Après, des violences non déclarées vis-à-vis de la gendarmerie, plus verbales, de souffrance dans le couple, en lien avec des histoires plus d'alcoolisme, mais pas forcément avec passage à l'acte physique, ça, il y en a peut-être un peu plus, oui. C'est de la violence presque au quotidien, ce n'est pas tous les jours, mais si on veut creuser, si on cherche, on peut en trouver assez facilement.

Q - Sur un mois, par exemple, tu arriverais à en trouver combien, en creusant, dans ta pratique habituelle ?

5 - Ici, dans les patients que j'ai vus sur le mois, au moins trois, au moins trois-quatre, où moi, j'identifierais une forme de violence, qui n'est pas forcément décrite comme ça, mais au moins trois-quatre, oui, où moi je me dirais : là, il y a une forme de violence dans la situation.

Q - Et en termes de répercussions sur la santé des victimes?

6 - Généralement, est-ce que c'est en lien avec le niveau social ou pas, je ne pense pas, mais on a l'impression que les personnes qu'on identifie, en tout cas, celles qui viennent spontanément ou qu'on identifie comme souffrant de violences, moi, j'ai l'impression qu'elles sont plus souvent d'un milieu social défavorisé quand même. Alors, c'est peut-être aussi que les violences dans les milieux favorisés, on les voit moins, on les voit quand elles sont plus graves et du coup, moins souvent. Mais oui, c'est presque systématiquement associé soit à des histoires de dépression, soit à des hygiènes bucco-dentaires moins bonnes, des choses comme ça. Je pense que dans ceux que je dépiste, moi, - alors c'est peut-être justement dans les situations sociales difficiles que je vais chercher le plus - , mais je trouve qu'il y a peut-être plus de pathologies, d'absence de suivi ou de mauvaise hygiène de vie, en plus.

Q - Mauvaise hygiène de vie...?

6 bis - En général, oui. Des gens qui ne font pas d'activité physique, qui vont manger un peu n'importe quoi, tout ça. Quelque chose d'assez social, mais justement par un biais de dépistage, c'est possible.

Q - Pour toi, quelle est la place du médecin généraliste ?

7 - Essentielle, comme dans toutes les pathologies.

Q - Quel est son rôle ?

8 - L'écoute, parce que, à mon avis, c'est le premier rôle du généraliste. C'est vrai, je pense que l'écoute, c'est important. La sensibilisation, montrer à certaines personnes que là, c'est pas du domaine du normal. C'est « violences aux femmes » hein, c'est pas violences en général ?

Q - Oui, c'est violences conjugales sur les femmes.

9 – Mais d'écoute, de dépistage, d'information, parce que, des fois, on leur dit : « Ben non, ça, c'est pas tolérable ». D'orientation, un peu, c'est ça qui est peut-être le plus difficile pour moi. L'orientation à la gendarmerie pour aller porter plainte, oui, très bien, avec le certificat qui va avec, mais l'orientation après, vu que c'est déjà dans des rapports.... Quand on arrive à mettre le nez dans des histoires comme ça, il y a un lien qui est déjà très fort. Du coup, si on doit impliquer d'autres intervenants, il faudrait bien les connaître. Et moi, je ne connais pas les intervenants suffisamment, les associations, les conseils juridiques ou autres. Moi, je ne trouve pas ça facile à orienter derrière.

Et sinon, le rôle, il touche à tous les domaines, je pense, que ce soit dénonciation, - sans l'accord des femmes, moi je ne l'ai jamais fait - , mais que ce soit d'écoute, de prise en charge psychologique, de sensibilisation, de prise de conscience, et psychothérapie, même aussi, je pense que l'on a notre place dans tout ça.

Q - Tu disais que tu étais mal à l'aise pour les orienter finalement, après ?

10 - Si on veut toucher aux difficultés, les miennes, je viens juste de m'installer, donc je ne connais pas bien les interlocuteurs locaux. Mais déjà, on a l'impression d'une inefficacité judiciaire très importante. C'est systématiquement dans les cas les plus importants, où on fait des signalements, où le troisième ou le quatrième certificat qui est déposé à la police, et il y a déjà eu potentiellement des violences, pas forcément très graves physiquement, mais avec des hématomes, des bleus, des choses vraiment vues. La chose a souvent été déjà jugée, et potentiellement il y a eu une ordonnance d'éloignement, et dans la pratique, c'est quelqu'un qui habite pas loin, c'est quelqu'un qui repasse, c'est quelqu'un qui continue de harceler, soit au téléphone, soit.... Et je trouve que l'impression d'inefficacité judiciaire, c'est difficile. Je ne sais pas quoi répondre. Ben oui, mais il faut quand même le faire. Mais je ne suis pas complètement convaincu, je le fais, mais au niveau de l'efficacité des démarches, je trouve ça difficile. Pour ce qui est du judiciaire.

Après, les aides sociales, pareil, moi j'ai tendance à avoir envie de conseiller d'aller voir l'assistante sociale, parce qu'il y a souvent des problèmes financiers. Faut gérer le logement, faut gérer ci, faut gérer ça, si on veut se séparer du conjoint. Ca, on n'a pas l'impression qu'il y a de débouchés très évidents, et en tout cas, c'est du très long terme. Je m'y frotte, puisque j'aborde souvent le sujet, mais je ne me sens pas complètement efficace,

en tout cas pour cette partie-là. Le soutien psychologique, si, mais pas pour cette partie. La solution face à la personne violente, je trouve ça difficile.

Q - Dans ton travail de tous les jours, dans quelles circonstances tu vas poser la question, rechercher des violences, devant quel genre de femme ou quel tableau clinique ?

11 - Genre de femme, je disais plutôt le milieu social, mais d'après ce que j'ai pu entendre, c'est une erreur parce que ça doit exister dans tous les milieux sociaux. Les personnes vivant avec des conjoints pathologiques, qu'on sait alcooliques, qu'on sait avec une pathologie psychiatrique, qu'on sait... dont on identifie déjà le conjoint. Il y a des fois, on se doute que ça ne doit pas aller, donc on peut aborder le sujet. Les personnes en souffrance morale et qui parlent de problèmes à la maison, ben oui, on va les chercher un petit peu plus. Dans les violences faites aux femmes, il y a aussi les violences faites par les enfants, les ados. Ca, c'est vrai, qu'on a des ados qui sont violents et c'est généralement plus les femmes qui vont en souffrir. Quand on a un ado qui ne va pas bien du tout, ça peut être un moment où on peut chercher, quand on ne comprend rien, souvent moi je cherche du côté du psychologique, donc pourquoi pas de ce côté-là aussi. Voilà. Je ne sais plus ce que j'ai pu dire.

Q - Est-ce qu'il y a un moment particulier dans la consultation qui est plus propice pour aborder ce sujet-là ?

12 - C'est parfois à la fin de la consultation, c'est parfois là que ça arrive. Mais bon, moi je ne suis pas mal à l'aise avec le fait de reconvoquer les gens pour reparler d'un problème que l'on a identifié à la fin. Ca m'arrive. Moi, je suis dans la découverte des gens. On fait connaissance, déjà, donc je ne vais pas rentrer dedans de but en blanc tout au début de la consultation, sauf si c'est pour ça qu'ils viennent. Du coup, si on sent qu'il y a quelque chose, moi, ça me viendrait plutôt de l'amener assez vite, parce que derrière, ça va me prendre du temps. Mais c'est vrai, j'ai quand même ça, je fais connaissance avec les gens. Mais j'en ai quand même, parce que là, depuis mon début d'activité, j'en ai quelques-uns avec qui j'ai déjà abordé le sujet. Donc, le plus tôt possible, mais on ne peut pas brusquer non plus.

Q - De quelle manière, quel genre de question tu vas poser ?

13 - Oh, clairement : « vous trouvez qu'il a déjà été violent physiquement ? » Et puis après, si la réponse est non, généralement, d'elles-mêmes, elles vont développer sur la violence verbale ou autre. Et si elles ne le font pas, « Est-ce qu'il a déjà été violent ? », j'ai cherché d'abord s'il y avait une souffrance ou un conflit à la maison et derrière « Non, pas physiquement, mais moralement, est-ce qu'il y a des insultes ? » Voilà, je vais aller voir un peu plus loin, parce qu'il y a certaines qui ne se rendent pas compte que la violence verbale a aussi une place. Donc, je commence par la violence physique et ensuite, je vais poser la question directement. Moi, je pose la question, s'il y a une souffrance.

Q - Ca ne te met pas mal à l'aise ?

14 - Non, moi, j'aime bien. Toute la prise en charge psychologique, je trouve que c'est une partie importante. Après, des fois, on met les doigts dans la patouille, on ne sait pas quoi en faire. Très mal à l'aise, non, gêné, derrière quand on a identifié le problème, de ne pas être plus performant, de ne pas mieux connaître les interlocuteurs, de ne pas mieux pouvoir conseiller les gens, mais pas d'aborder le sujet, non.

Q - Est-ce que tu as déjà essayé de poser la question de manière systématique ?

15 - Non.

Q - Qu'est-ce que tu en penses ?

16 - Le nombre de choses systématiques que l'on doit faire en médecine générale est assez effroyable. Parce qu'il faut déjà que je pose la question systématique du tabac, de l'alcool, de la sexualité, de la protection, de la contraception, de l'alimentation. Le systématique, on ne peut pas, en médecine, le systématique sur tous les domaines. Et après, oui, ça doit être quelque chose d'important, mais... Je me vois mal, et puis potentiellement, là, j'aurais un peu l'impression de tomber à plat. Alors, après, j'en rate du coup, sûrement. Je n'aurais pas tendance à le faire.

Q - Donc, plutôt quand c'est orienté...

17 - Donc, plutôt ciblé, orienté, quitte à passer à côté, mais qui dit violence, je pense, dit souffrance, et du coup, la souffrance, ça, je la dépiste... J'essaye de dépister la souffrance de manière assez systématique en général, parce que le rhume, c'est rarement le réel motif de consultation. Moi, dépister la souffrance : oui ; et après, aller chercher s'il faut, mais de but en blanc, aller chercher des violences conjugales ou autres systématiques, non, je n'ai pas tendance à le faire.

Q - On va revenir sur ce qui peut constituer un frein, tu disais tout à l'heure toute la partie « orienter ». Qu'est-ce que tu identifierais d'autre comme obstacle, comme difficulté ?

18 - Euh... Mes a priori personnels. Vu que je dépiste ça plus chez certains que d'autres, c'est bien que je dois me tromper. Je pense qu'il y a des barrières plus importantes dans les milieux sociaux plus élevés. Oui, j'ai peut-être plus de difficultés à dépister ça dans les classes sociales élevées.

Q - Parce que le rapport avec les patients est différent ?

19 – Peut-être. Disons qu'ils nous voient venir un peu plus facilement aussi. Autant je suis assez direct, autant il y a quand même une introduction où on va tâter le terrain, sans forcément mettre les pieds dans le plat directement. Quand j'ai un doute, je vais poser la question. C'est vrai que si on a plus de mal à tâter le terrain, parce que c'est identifié tout de suite comme une intrusion très personnelle, il faut à mon avis connaître mieux les gens. Et là, moi, dans mon activité actuelle, je ne connais pas encore bien les gens, mais je ne suis pas sûr. Qu'est-ce qui pourrait être un frein sinon ?

Q - Le fait de ne pas très bien connaître les gens, c'est plus un frein pour toi ?

20 - Moi, ça a été mon quotidien depuis les débuts de mon activité en médecine. Parce que c'est une rencontre beaucoup plus qu'un suivi, la majorité du temps. Là, ça va changer, puisque je suis installé. Pas forcément, les gens se lâchent de temps en temps avec quelqu'un qu'ils ne connaissent pas bien. C'est vrai que quand on suit les gens depuis l'enfance, ça doit être difficile de dire : « Ben voilà, je subis des violences », en tout cas, j'imagine qu'il peut y avoir un frein vis-à-vis du médecin. Moi, avoir un frein, oui, peut-être, on n'a pas envie de voir la souffrance chez les gens que l'on connaît bien, c'est possible, c'est possible.

Mais, c'est pas des freins, c'est des choses par omission, plutôt que par réticence. Moi, la réticence, elle est vraiment sur les débouchés, le sentiment d'inefficacité et d'absence de vraie réponse à donner. Judiciaire, d'éloignement, de protection. C'est sûr que c'est jamais

agréable de sentir quelqu'un en danger et de ne pas avoir de moyens réellement très efficaces, je trouve.

Q - Est-ce que, des fois, ça peut être la consultation elle-même qui va empêcher de poser la question, le contexte, le temps ?

21 - Le temps, oui, oui, on fait toujours des sélections dans ce que l'on va chercher, c'est évident. Si j'ai une demi-heure de retard, c'est pas le moment de... et que le motif de consultation est complètement autre. Si le motif est la violence, on va s'y attacher, mais si le motif de consultation est complètement autre, je ne suis pas Zorro, moi, ça va me mettre une demi-heure de retard d'aborder la question, je ne vais pas chercher forcément, je vais mettre un petit mot et me dire : tiens, à revoir, point d'interrogation. Et je reverrai ça la fois d'après. Ben oui, quand on n'a pas le temps et que l'on a déjà abordé un autre sujet, on ne va pas creuser. Si on creuse, on trouve. Mais si on n'a pas le temps, on le fera pas bien ou sinon, on sera dangereux pour les suivants. Ca peut être un frein ponctuel, contextuel. Pas si c'est le motif, mais si c'est du dépistage sur des ressentis qu'on peut avoir, oui, potentiellement, on va se dire : on verra ça la prochaine fois, comme pour toute pathologie, enfin, je trouve.

Q - Est-ce que, des fois, tu as des difficultés au niveau émotionnel ?

22 - Oh, que l'on soit marqué, potentiellement, oui, mais pas plus spécifiquement là-dessus. J'ai pas, moi, d'histoire douloureuse là-dessus. Je n'ai pas d'histoire de violence, donc je n'ai pas d'identification très forte par rapport aux violences effectives. La prise en charge de la souffrance, on colle un peu aux gens quand même, donc on s'investit émotionnellement. Oui, moi, me sentir ému et me dire : « Houlà, il ne faut pas que ça se voie ». En tout cas, me sentir ému dans des situations, clairement, oui, mais que ce soit un vrai frein, non. Que ce soit pesant pour un médecin généraliste, j'imagine que oui, on n'est pas.... Mais tant que ça va bien dans ma vie, je pense que ça ne me blessera pas non plus trop. J'ai pas d'identification franche parce que je n'ai jamais souffert d'une histoire comme ça. J'ai plutôt une histoire très apaisée, donc je n'ai pas d'identification. A première vue, oui, émotionnellement, on est impliqué parfois, et on ne sait pas toujours pourquoi une personne plutôt qu'une autre.

Q - Est-ce que ça t'est déjà arrivé d'avoir affaire à une patiente dont tu pourrais douter du témoignage ?

23 - Oui, les problèmes de couples pathologiques. J'ai reçu une lettre, il y a deux jours, d'une dame se plaignant beaucoup d'un mari alcoolique.... et la personne elle-même a une personnalité particulière. Après, je trouve que là, pour ça, c'est plutôt assez facile, c'est pas à moi de savoir, c'est pas à moi de juger. Donc, les déclarations, il faut y faire attention en effet, et la prise de position... Finalement, oui, des gens qui se plaignent de violences physiques, de pathomimie, peut-être pas tant, mais se plaindre de-ci de-là, sans aller jusqu'aux constatations, dans les histoires de séparation, de divorce ou autre, pareil, il y en a beaucoup, mais tant qu'on n'a pas de prise de position, tant que l'on ne va pas aller orienter les certificats qu'on fait, moi, ça ne me pose pas finalement tant de problèmes que ça. Je suis encore plus impuissant à aider, mais, voilà, il faut faire attention, je pense, ne pas se laisser embringuer dans des histoires comme ça. 0ui, ça existe, bien sûr.

Q - Et ça t'arrive de faire des certificats dans ces cas-là en te disant : « attention » ?

24 - En me disant « attention »… Dès qu'il y a un divorce, bien sûr, parce qu'il y a un enjeu qui est autre que la santé. Voilà, dès qu'il y a un enjeu autre que la santé, il y a le danger, mais toujours, quelle que soit la pathologie et du coup, l'objectivité n'est pas évidente, puisque l'on doit décrire une souffrance parfois qui est morale. "Me dit que", c'est un bon moyen de marquer sur le certificat sans s'engager plus que ça. "Déclare, semble", oui, après, qu'il y ait une souffrance. Moi, s'il y a quelqu'un qui pleure à chaudes larmes, elle pleure à chaudes larmes, donc, ça, ça peut être marqué sur un certificat. Que ce soit du flan ou autre chose, c'est pas moi qui vais aller chercher la fraude à l'assurance. Donc, voilà, essayer d'être très descriptif, mais comme pour tous les certificats finalement, et après je m'impliquerai sûrement beaucoup moins personnellement et émotionnellement, si j'ai ces impressions-là. Mais, après, la souffrance, elle y est de toute façon. S'il y a quelqu'un qui en est à vouloir faire porter le chapeau ou à faire croire qu'elle souffre. On va partir de ce principe-là. Mais oui, je ferais attention, à ne pas m'impliquer pour ne pas fausser les choses. Mais oui, le certificat, je le fais. On me demande un certificat, il faut que je fasse un certificat, à moi de ne pas marquer n'importe quoi dedans, je pense. Je dis peut être une bêtise, mais...

Q - Est-ce que tu te rappelles une situation particulière qui t'aurait marqué ? Est-ce que tu peux nous dire un peu ce que tu as ressenti ? Une histoire que tu aurais pu dépister ou prendre en charge ou...

25 - Oui, les faits les plus marquants, c'est quand même les violences physiques et sexuelles. Moi, quand j'étais installé à Annecy, j'ai suivi pendant plusieurs mois une personne qui était alcoolique, qui avait tout raté dans la vie. Elle avait trente-cinq ans, elle était alcoolique profonde, sévère, elle était en rupture complète avec sa famille, elle est venue du coup, un jour, me faire faire un certificat de violences. C'était vraiment une personne qui se faisait violenter par plusieurs personnes différentes. Elle avait été violentée une fois au niveau physique par des coups, elle avait des bleus, des hématomes, qu'elle a été faire déclarer sans grande conviction. Derrière, je l'ai revue quelques mois plus tard, c'était une autre personne, elle était saoûle et du coup elle a eu une relation sexuelle forcée. Je l'ai orientée, du coup, sur la médecine légale à l'hôpital. Le médecin légiste n'était pas là, il m'a dit : « Il faut l'envoyer aux urgences gynéco », et du coup je me suis fait engueuler par les gynéco parce qu'il n'y avait pas d'ordonnance faite demandée par le médecin légiste et par les gendarmes, donc ça n'avait pas de valeur. Moi, j'avais essayé de poser les questions et de faire les choses bien, et finalement, ça ne s'est même pas bien fait. Les prélèvements n'avaient pas de valeur, mais ce qui me marquait le plus, c'était l'alcoolisme de cette dame qui attirait.... Elle avait subi des violences dans son enfance, elle avait une vie de souffrances et de complications perpétuelles. Oui, oui, elle m'a marqué, parce que j'étais impuissant face à l'alcoolisme, qu'elle allait chercher les situations.... Elle était toujours dans des situations où elle allait se faire violenter, par l'un ou par l'autre, c'était jamais la même personne, c'était pas un agresseur nommé ou autre, mais elle se faisait agresser tout au long de sa vie. C'était dur de ne pas savoir quoi faire pour elle.

Q - Et comment tu t'es senti, à ce moment-là, quand tu as essayé de prendre les choses en charge, et que, finalement... ?

26 - Je n'ai même pas cherché à .... Moi, j'ai essayé de prendre son alcoolisme en charge, parce que les violences étaient plutôt ponctuelles. Du coup, j'estime que c'est aussi du domaine du judiciaire. C'est différent, une violence ponctuelle avec une femme qui peut souffrir, plutôt qu'un agresseur nommé, répétitif. Ca, c'est vraiment deux choses complètement différentes, je trouve. Donc, du coup, sur la violence, les certificats j'essaie

de bien les faire. Dans le cas de violences sexuelles, je me dis : ben dis donc, même si on cherche à bien faire, c'est pas bien, je me fais engueuler par la gynéco. J'y suis pour rien, moi, si les personnes responsables de la prise en charge ne font pas bien ou n'orientent pas bien les généralistes, c'est pas moi qui vais pouvoir trouver ce qu'il faut faire de manière correcte.

Q - Tu manquais de soutien.

27 - Oui, un peu, sur cette affaire-là. Moi, j'ai posé la question à la bonne personne et c'est elle qui n'était pas disponible et qui m'a orienté d'une mauvaise manière. Je ne me suis pas senti très responsable, je n'y pouvais rien. Mais ça colle assez bien avec le parcours de cette dame qui, de toute façon... Il ne lui arrivait jamais quelque chose de bien, jamais. Cette histoire-là, un bel échec. Je ne sais pas si vous allez avoir beaucoup de réussites dans les prises en charge, mais c'est compliqué, je trouve, c'est compliqué. Alors, après, moi, je n'ai peut-être pas suffisamment de vécu. Au bout de quinze ans, j'aurai peut-être une ou deux femmes qui seront sorties d'une relation de couple complètement traumatisante, peut-être. Je n'ai pas encore.

Q - Pour l'instant tu n'as pas encore constaté d'issue heureuse ?

27 bis - D'histoires heureuses ? Non, non, plus on en parle, plus on y pense. Je sous-estime peut-être le nombre que j'ai donné en début de consultation.

Q - De mettre en évidence les violences, de les dépister, qu'est-ce que ça t'apporte dans ta pratique de médecin, dans la prise en charge de la patiente ?

28 - Des fois, ça permet de ne pas parler forcément que du physique, dans les symptômes amenés, des fois, on ne voit pas le bout. Et plutôt que partir dans tous les sens à faire des examens, des choses comme ça, quand on dépiste des violences, et que c'est un peu sous-jacent et que finalement c'était un mode d'entrée, - les problèmes physiques étaient un mode d'entrée pour essayer de parler un petit peu de souffrance psychologique ou d'agression au domicile ou autre - , au moins, on comprend un peu mieux où on va et ce que l'on fait. Après, qu'est-ce que ça m'apporte ? Je ne sais pas. Satisfaction personnelle, non. Je trouve que c'est un peu comme le domaine de l'alcoolisme, c'est un peu la croix à porter, où l'on va un peu à l'échec répété, à la souffrance sur du long terme, c'est pas un plaisir en soi. Ca ne me gêne pas, ça fait partie de mon travail, mais c'est pas valorisant, je trouve. Pas très valorisant.

Q - Est-ce que tu as remarqué - tu as une assez courte carrière pour l'instant- une différence entre le début et maintenant ? Est-ce qu'il y a une évolution dans ta pratique ?

29 - Il pourrait. Là, comme j'ai changé, j'ai du coup perdu des interlocuteurs. Mais de connaître des gens à qui on peut adresser, on sait que ça va bien se passer, on sait qu'il y aura une écoute ou autre, ça, ça va être utile, oui. Là, ça repart un peu à zéro en ce moment, mais ça, oui, la connaissance des gens de terrain.... Du coup, moi, ça me plairait, je participerais avec plaisir à une réunion avec les gens de terrain du secteur qui me concerne, pour voir les différents interlocuteurs. Ca, oui, mettre un visage, pouvoir dire à quelqu'un : « Voilà, vous êtes en grande souffrance, cette personne-là, vous allez voir, elle va bien s'occuper de vous ». Rien que ça, connaître les interlocuteurs, au cours d'une carrière, je pense que c'est indispensable. Et ça me manque un peu.

Q - Donc, pour avancer un petit peu, qu'est-ce que tu identifies comme besoins pour être plus efficace dans le dépistage, dans la prise en charge ?

30 - Mieux connaître les gens de terrain et puis, sûrement, que techniquement, je ne connais pas suffisamment les degrés d'alerte quand vraiment c'est grave. Les histoires de procureur, les machins, les trucs. Ca traîne dans tous les bouquins, mais c'est bien beau, quand on ne l'a jamais fait, on ne sait pas le faire.

Q - Les procédures...

31 - Les procédures vraiment d'urgence, et puis savoir si c'est moi qui ai baissé les bras ou si vraiment ça ne marche pas. Parce que combien tu as de témoignages, quand même, où on dit : « Il n'est pas censé passer à la maison et puis il est encore passé hier, on a appelé la police, ils ne sont pas venus, ils sont venus deux heures après, et puis de toute façon, il ne se passe rien, et puis il va dire, il est toujours gentil devant tout le monde ». Ca, je trouve, est-ce que c'est moi qui ai l'impression que ça ne peut pas marcher et qu'il n'y a pas de manière efficace de protéger une personne sans déménagement à l'autre bout de la France, ou un éloignement judiciaire ? Savoir ce qu'ils peuvent vouloir nous en dire. Ca pourrait être intéressant. On a toujours besoin de formation. C'est comme tout. Etre formé, ça me permettrait d'être meilleur.

Q - Est-ce que tu as déjà suivi des formations?

32 - Non.

Q - Et au niveau de la formation initiale?

33 - ..... C'est loin, déjà. Et est-ce que j'étais très assidu à toutes les formations ? Je n'en sais rien. C'est très vaste, la médecine générale, et ce n'était pas identifié comme un problème majeur pour moi, parce que l'on a plus peur de la maladie physique, de passer à côté de la méningite que de passer à côté de la violence conjugale, quand on débute, je pense. Dans mes études, je ne crois pas, je ne crois pas avoir été franchement formé. On a sûrement un peu abordé le sujet, mais pas plus que ça.

Q - Est-ce que ça t'arrive d'en parler avec des collègues? Là, vous êtes plusieurs médecins, ou en groupe de pairs....

34 - Je n'ai pas de groupe de pairs. C'est le genre de chose que j'envisagerais assez facilement, avec des collègues. Typiquement, moi, je connais moins bien les gens, donc arriver à cerner un couple pathologique dans son ensemble.... Le courrier que j'ai reçu de la dame me demandant de mettre son mari en HO (*hospitalisation d'office*), tout ça, oui, j'ai été en parler avec un des deux autres du cabinet pour lui dire : « voilà, qu'est-ce que tu en penses ? Qu'est-ce que tu... ? » Et d'ailleurs, j'ai contacté le médecin psychiatre qui suivait le mari pour voir un peu ce qu'il en pensait. Ca peut être un sujet de discussion, parce que c'est difficile à gérer, et puis on n'a pas les mêmes sons de cloche venant de l'un, venant de l'autre. Quand on est au sein d'un cabinet, qu'on peut suivre les deux parties, c'est toujours intéressant. Je ne pense pas que ce soit une violation de secret médical. Ca concerne les gens. C'est vrai que c'est toujours intéressant d'avoir l'avis d'un confrère sur une situation. Ca met un peu de recul aussi, je pense.

Q - Là, concrètement, si une patiente venait te voir en disant : « Je ne peux pas rentrer chez moi, il va me tuer ». A qui tu adresserais cette patiente ?

35 - .....

Q - Qu'elle ait été déjà violentée ou que ce soient des menaces....

36 - Sur une situation aussi caricaturale, aussi carrée, je n'ai pas de réponse. Dans ma pratique, je n'ai pas de réponse. Je n'ai jamais eu besoin de faire. Du coup, j'essaierais de passer un coup de fil, je pense.... Internet, ça ne marche pas si mal. Je taperais "violences faites aux femmes" sur internet, j'aurais trouvé un numéro de téléphone, j'appellerais, je dirais : « Voilà, moi, j'ai ça, qu'est-ce que je fais ? » Si les numéros d'urgence n'ont pas de réponse à cette question, je ne sais pas qui peut en avoir. Ben, voilà. Du coup, je chercherais, je passerais un coup de fil, je suis incapable de trouver une assistante sociale dans la journée, je ne saurais pas, je ne suis pas certain que l'assistante sociale ait des moyens d'hébergement si rapides que ça. Les moyens d'hébergement, je ne les connais pas directement, donc, ben voilà, je pense que plutôt que de partir dans tous les sens, j'appellerais un numéro d'urgence pour voir. Et puis après, si je ne trouve pas, je suis bien embêté.

Q - Et pour aborder le sujet sous un angle un peu différent, est-ce que ça t'arrive de dépister des hommes violents ?

37 - Comme je disais, les alcooliques, c'est une source à mon avis assez importante. A mon avis, c'est beaucoup plus difficile. Parce que quelqu'un qui n'a pas une pathologie psychiatrique avérée ou d'alcoolisme, je pense que l'on tombe vite dans de la perversion, et la perversion, elle est très manipulatrice. Donc, cette relation de confiance, où on va y aller en tâtonnant et après on va mettre les pieds dans le plat, ça ne va pas marcher. Je pense que ça va être plus à base de suspicion et de choses beaucoup plus difficiles à mettre en évidence. Voilà, pathologie psychiatrique, pathologie alcoolique, des terrains, ou des gens qui ne maîtrisent pas leur violence, oui. Mais tout le versant pervers ou autre, à mon avis, comme les violences sexuelles, c'est pas des choses qui vont être avouées si facilement que ça, et là, du coup, pareil, il faut ne pas avoir de suspicion à tord. Ca va être beaucoup plus difficile, parce que je ne vais pas être un interlocuteur forcément qu'ils auront envie d'avoir. Donc, pas facile. Si, oui, on peut suspecter, c'est toujours possible mais...

Q - Mais poser la question...

38 - A quelqu'un dont on se demande s'il n'y a pas une perversion. J'irais poser la question de l'enfance. Je ne sais pas pourquoi, j'ai l'apriori de me dire, peut être, que les violences subies, enfin les violences que l'on fait subir ont souvent une origine de violence subie. Donc, par ce biais-là, peut-être que j'irais chercher la souffrance chez la personne. Oui, plutôt que d'aller chercher : est-ce qu'il va les violenter ? Est-ce qu'il souffre ? Voilà. Petit à petit, si vraiment ça se passe pas trop mal, l'amener jusqu' à dire si la souffrance : « Est-ce qu’elle pourrait vous amener à faire souffrir, vous-même ? ». Mais là, le terrain est déjà beaucoup plus glissant, vraiment. Mais, oui, en plus, ça m'est déjà arrivé, de passer par ce biais-là. Des violences subies dans l'enfance, peut-être, oui, non, en tout cas peut-être, passer à une souffrance en ce moment et : « Est-ce que cette souffrance, vous arrivez à la contenir et à ne pas faire souffrir autour de vous ? » Et là, tout doucement : « Est-ce que vous frappez votre femme ? » Mais oui, on peut y arriver, mais c'est plus difficile, je pense.

Q - J'ai à peu près fini mon questionnaire. Est-ce que tu as quelque chose à ajouter ?

39 - Je ne sais pas, non, on a parlé de plein de choses.

Q - Bien, merci beaucoup.

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P15

Q – Est-ce que vous vous souvenez de cette campagne ?

1 – Un petit peu.

Q – Ca a modifié des choses ?

2 – Non, non, non. Parce que j'en vois régulièrement et c'est quelque chose que je connais. Enfin je connais… je ne sais pas si je prends bien en charge, mais je connais bien

Q – Ok, depuis 2010 vous n'avez pas changé votre pratique, c'est ça ?

3 – Non. Mais c'est vrai que j'en n'ai pas vu relativement récemment. J'ai eu des périodes où j'en ai vu souvent. Je me souviens, quand j'ai fait cette formation, j'ai une amie qui est à côté d'Annecy, qui est installée et je ne la vois pas souvent. Je lui ai dit : « T'as vu, il y a un truc sur les femmes battues par MGForm, ça dure 2 jours, on est logé sur place, ça t'intéresse pas d'aller là-bas ? » « Non, moi j'en vois pas. » « Comment ça t'en vois pas ? C'est pas possible, moi j'en vois très très régulièrement ». Elle, elle travaille dans un milieu social…les femmes battues pfff…dans un milieu, un bon milieu, des classes aisées quoi, directeurs d'usine tout ça, Menton St Bernard. C'est vrai qu'ils disaient, les violences, plus il y a de précarité, plus il y a de risque. Ça ne veut pas dire qu'il n'y en a pas dans les milieux aisés. Moi, je suis dans une région, un endroit où il y a pas mal de précarité. Moi, j'en ai vu beaucoup.

Q – D'accord. C'est-à-dire en termes de prévalence ? Le nombre de femmes qui subissent des violences conjugales dans votre patientèle, c'est quoi ?

4 – Patientèle, ça m'énerve ! Dans ma clientèle, je ne sais pas, je m'en rends pas compte. C'est subtil. Il n'y a pas que les femmes battues hein ! Il y a aussi le chantage affectif…Il y en a beaucoup, ça peut être très très vaste. Vaste domaine. Enfin, moi j'ai vu des femmes qui étaient rouées de coups. Alors ça, on les repère. Le nez cassé, les hématomes en lunettes, des hématomes… qui risquaient gros, parce qu'il y en a un certain nombre qui décèdent dans l'année. Je ne sais pas combien il y en a en France, mais il y en a des femmes qui meurent de… Alors, les sévices psychologiques, c'est beaucoup plus subtil…

Q – Et du coup, à peu près, par mois ?

5 - Là, je pense j'ai une femme qui a un bon niveau, expert comptable, c'est pas facile de démêler les choses. Il y a du chantage. Mais de toute façon, un couple qui se sépare, c'est jamais facile. Je ne sais pas, j'en vois au moins une par mois.

Q - Et depuis 2010, est-ce qu'elles se confient plus, ces femmes ?

6 - Non, kifkif, pareil. Ça n'a rien changé, je ne trouve pas. A mon avis, il faut qu'il y ait plus de matraquage… si on peut dire ! Surtout les violences physiques quoi, elles peuvent y laisser leur peau.

Q – Pour vous, le rôle du médecin généraliste par rapport à ces femmes, c'est quoi en termes de dépistage et prise en charge ?

7 – C'est d'essayer de les protéger. Moi je les incite à aller à la gendarmerie. Avant, je leur disais de faire une main courante, parce que c'est pas facile pour elle. Mais en fait, de

déposer plainte, ça les protège mieux, je pense…pff… C'est pas simple, c'est pas simple parce que souvent…

Q – Donc là, c'est quand les femmes viennent et elles se confient…

8 – Non, il y a des fois où je les repère. Quand je vois des hématomes très évocateurs, je leur dis : « Qu'est-ce qui vous est arrivé ? ». Moi je leur dis, comme je suis vieille. Avant ça me gênait, parce que je me disais : « Peut-être que je me trompe ». Mais c'est rare qu'on se trompe ! On ne se trompe pas quand on voit des hématomes placés à certains endroits, c'est très très évocateur. Je leur dis. Parce qu'elles ne viennent pas forcément pour ça, mais je le vois. Ça m'arrive parfois en première intention.

Q – Il y a d'autres signes qui vous interpellent ?

9 – C'est sûr que plus la femme est indépendante, moins elle donne de prise… Plus une femme dépend entièrement économiquement de son mari et plus il y a des risques.

Q – Et au niveau symptômes et répercussions sur la santé, qu'est-ce qui peut faire évoquer ?

10 – La sphère digestive, il y a plein de choses, plein de choses. Evidemment, les hématomes, mais aussi des femmes qui sont patraques, qui sont toujours mal foutues. On se demande pourquoi. On sent qu'il y a un problème psychologique, on ne se rend pas compte exactement de ce que c'est, quoi. Et des fois, ça peut être révélé par un tiers qui vous fait part. Comme on est dans, moi je suis dans un petit milieu, au bout de 25 ans, on connaît beaucoup de gens. Donc, on se rend compte qu'il y a des choses qui ne vont pas bien dans le couple et qu'il y a retentissement au niveau de la femme.

Q – Et parfois, c'est une tierce personne qui vous en parle ?

11 – Ca peut arriver, oui. Sans qu'on me le dise directement, parce qu'on est quand même lié par…Mais on peut le savoir par recoupement.

Q – Donc, vous disiez, le rôle du médecin, c'est de les inciter à porter plainte ?

12 – Oui, que ça se sache. Il ne faut pas qu'elles restent en circuit fermé parce que c'est encore pire, ça aggrave les choses. Elles ont peur parce qu'il y a les enfants et tout, surtout par rapport aux enfants. Faut les inciter à… Faut faire intervenir des travailleurs sociaux aussi. Ça peut être les faire aller à l'assistante sociale. Mais faut pas qu'elles restent en circuit fermé chez elles. Parce qu'alors là, ça se répète. Après, on dit : « Il y a la lune de miel, ils se rabibochent », et badaboum, ça recommence ! Non mais, il y a des trucs !

Q – Donc c'est les adresser vers…

13 – Moi, quand il y a des sévices physiques, c'est les inciter à aller porter plainte à la gendarmerie. « Voilà, il faut vous protéger, Madame, vous risquez d'y laisser votre peau et les enfants aussi. Pensez à vos enfants s'il y en a ». On essaie de voir les leviers psychologiques qui peuvent les aider à réagir et pas à s'enfermer dans ce rôle de victime. Maintenant, à la gendarmerie, elles sont beaucoup mieux reçues ! Moi j'ai connu ça il y a 25 ans…J'ai eu des

femmes de gendarmes qui étaient tabassées aussi ! Maintenant, ils les prennent beaucoup mieux en charge. Le fait qu'il y ait des femmes gendarmes qui sont bien formées pour les

accueillir, ça c'est bien, ça a beaucoup changé. Plus que la campagne de 2010. Moi je trouve, mais bon.

Q – De partout, jusqu'à Bourg d'Oisans ?

14 – Oui, on n'est pas si loin ! Les gens, ils ont la télé, ils ont la radio ! Moi je pense, il faut en parler régulièrement, il n'y a que comme ça qu'elles se sortent du huis clos familial. Le pire c'est le huis clos familial, ça se pérennise, c'est l'horreur !

Q – Là, vous parlez de la prise en charge par le médecin une fois que la situation est flagrante.

15 – Oui. Et il y a aussi un truc auquel je réfléchis. C'est vrai que j'en fais moins maintenant, mais avant je faisais des gardes de week-ends, on en voyait, on en voyait bien. Quand elles se sont fait tabasser, elles vont voir quelqu'un. Je trouve, c'est plutôt en fin de semaine, vendredi, samedi. Quand il n'y a pas de médecin de garde, bon le week-end se passe, et le lundi elles n'osent pas, elles ont honte. Elles n'osent pas aller nous voir. Attendre dans la salle d'attente, voir les voisines, et puis elles ont des hématomes de partout…C'est peut-être pour ça que j'en voyais plus avant. Parce que maintenant, je ne fais plus de garde de week-end. Enfin, il me semble.

Q – Du coup le rôle de dépistage auprès de ces femmes, si elles ne se confient pas spontanément, vous en pensez quoi ?

16 – Le dépistage, c'est parce qu'on est médecin de famille et qu'on connaît les familles. Mais des fois, on passe à côté quand même. Il me semble que je connais quand même, je connais pas mal de choses. Les femmes qui sont arrivées depuis peu par ici, qui sont isolées, qui n'ont pas d'appui, pas d'amis, pas de famille, alors ça, c'est vrai, on peut passer à côté. C'est des maux inexpliqués, des tableaux cliniques, on n'y comprend rien. Elle n'est pas bien, on fait des examens et on trouve rien et à ce moment, c'est dans leur vie qu'il y a quelque chose qui ne va pas.

Q – Concrètement, comment vous pratiquez le dépistage à ce moment-là ?

17 – Ben moi je leur dis : « Il y a quelque chose qui va pas bien, faut le dire, hein. Je suis là, Madame, pour vous écouter, ça ne sortira pas d'ici ». Moi, j'aborde le problème. « Je vous vois pas bien du tout, mais j'ai rien trouvé de vraiment concret qui peut expliquer que vous n'alliez pas bien. Est-ce que vous avez des difficultés dans votre vie personnelle ? Vous pouvez vous confier. Ça ne sortira pas d'ici. » Bon.

Q – Ok, donc vous abordez le sujet des violences conjugales devant des symptômes…

18 –Oui, j'aborde le sujet et comme je suis une femme et que c'est souvent des femmes qui en sont victimes, c'est plus facile, je pense. Elles se confieront peut-être plus facilement de femme à femme. Surtout une femme qui n'est pas toute jeune. Enfin il me semble, c'est peut-être une idée que je me fais.

Q – Et vous, d'être une femme vous trouvez aussi que c'est plus facile d'aborder le sujet avec les patientes ?

19 – Oui oui oui, bien sûr.

Q – Par rapport à un médecin homme…

20 - Ben je ne suis pas homme, alors difficile !! Non, c'est l'empathie. Je vois que ça ne va pas, Madame ou Monsieur. Je vois que ça ne va pas, il y a quelque chose qui ne va pas, on vous sent pas bien du tout. Faut pas être trop intrusif, faut qu'il soit prêt à en discuter. Alors il y a des fois, on voit qu'ils ont leur barrière de défense, on voit qu'ils ne veulent pas… « Oui

oui, ça ne va pas bien ». Bon voilà, et il n'y a rien qui vient derrière. Bon ben, faut respecter aussi leur silence, sauf si il y a des… si on la sent en très grand danger. Le très grand danger, elles ne viennent pas. A partir du moment où elles viennent, c'est déjà un début. C'est un début de rupture de ce huis clos, moi je vois ça comme ça. Le pire, c'est celles qui ne sortent pas de chez elles, qui sont mises sous clé, qui n'ont pas de fric, qui se font régulièrement tabasser ou violer, ou je ne sais pas. Il y a des situations, des fois, ça fait dresser les cheveux sur la tête. Il faut se méfier des gens vulnérables, des femmes vulnérables, des statuts de handicapé, de malade mental. Enfin handicapé, handicap mental ou physique ou sensoriel. J'ai une famille, ils sont sourds-muets, ils sont séparés maintenant, mais à mon avis la femme elle est… Bon.

Q – Du coup, avec ces femmes vulnérables, comme vous dites, vous abordez facilement le sujet ?

21 – Non, pas systématiquement. Ça ne fait pas partie de mon interrogatoire. « Dites, ma petite dame »…non. C'est un peu au feeling, c'est du flair.

Q – Vous l'abordez à quelle fréquence, le sujet, en consult ?

22 – Ouais, c'est pas souvent. On a tellement de boulot. C'est des entretiens qui sont tac tac tac. Qui durent pas bien longtemps. Mais c'est vrai qu'il y a des moments, on se dit : « Tiens, c'est bizarre quand même, il y a un truc qui ne tourne pas rond. » On prend le temps. Enfin, moi je prends le temps. Et c'est marrant parce que les gens, comme on est très peu nombreux comme médecins, ils comprennent qu'il y a quelque chose qui est plus long à régler. Ils vont être là à piétiner dans la salle d'attente. Hier, j'avais une heure de retard dans mes rendez-vous. Je reçois sur rendez-vous. Donc, il y a un moment on se dit : « Faut que je prenne mon temps, parce qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Et que je ne comprends pas » . Donc ce n'est pas une consultation d'un quart d'heure. Et les autres, les gens qui attendent comprennent, même s'ils ne savent pas ce qui se passe, que j'ai quelque chose de compliqué à débrouiller et que si c'était à eux que ça arrivait, quelque chose de compliqué, ils seraient bien content que je prenne le temps, même si après je suis en retard. Donc, faut aussi dédramatiser les choses, le médecin peut prendre le temps. Quand on se dit qu'il y a quelque chose qui ne va pas, qu'on sent que c'est quelqu'un qui est en détresse, qu'on comprend pas comment etc. Des fois, ça suscite des confidences, on comprend mieux le problème. Parfois non, la personne ne veut pas se confier, faut respecter ça. Faut laisser la porte ouverte. « Madame, il me semble que ça ne va pas, si vous voulez me recontacter, vous pouvez même me téléphoner ». Moi, je fais ça comme ça.

Q – Vous faites ça au feeling. Et qu'est-ce que vous pensez du dépistage systématique ?

23 – Alors, la grille décisionnelle « est-ce que vous avez des traces d'hématomes, oui/non » Non, non ! Enfin je ne sais pas, c'est quoi le dépistage systématique ?

Q – Aborder le sujet avec les patientes de façon systématique, si elles subissent des violences.

24 – Non, non, non. Moi je suis contre. Parce que c'est plus subtil que ça, les entretiens, les relations interpersonnelles. C'est quand on ne sait pas bien faire, après on a nos trucs. C'est l'isolement, moi j'y pense pas systématiquement, mais des fois je me dis : « Tiens, c'est bizarre ». Voilà, ça fait comme ça, ça fait tilt.

Q – Parce que comme vous dites qu'il n'y a pas de symptômes très francs à part les lésions physiques, mais quand on n'en est pas encore à ce stade-là, comme il n'y a pas de symptôme très spécifique, si on veut dépister…

25 – Il n'y a pas que le médecin, c'est un problème social. Il faut que les hommes sachent qu'ils n'ont pas à faire de la… Heureusement, maintenant les filles sont émancipées. Elles ont quand même souvent une indépendance, une relative indépendance économique. Il y a les situations de séparation des couples, ça peut faire apparaître comme ça des violences.

Q – Si on en revient au dépistage systématique, qu'est-ce qui vous gêne vraiment dans cette démarche ?

26 – Parce que tout est systématique. Le cancer du sein, le cancer du col…Non pfff ! Il y a des violences, on doit passer à côté des fois, mais bon…Je ne vois pas comment je pourrais faire le dépistage systématique, moi. Quand il y a des choses qui m'interpellent, au bout d'un moment je me dis : « Tiens c'est bizarre ». Voilà, c'est un peu ça.

Alors qu'on puisse faire dans le cadre d'une formation, dire : « Bon allez, on fait un brainstorming, vous allez marquer tous les trucs qui peuvent vous alerter quand vous voyez une femme ou un homme, admettons, devant vous et que vous suspectez des violences conjugales ». Après on fait la liste.

Q – Mais la liste est longue ! Donc s'il y a un élément de la liste qui apparaît dans votre consultation vous abordez le sujet ?

27 – Non, non, non. Si elle est rouée de coups, oui ! Ca dépend, si je trouve qu'elle est en danger, oui. J'aborde pas systématiquement… Oui mais une femme qui vient pour une angine, si je trouve qu'elle est en danger, je vais lui dire. « Madame, je trouve que vous avez un strepto-test positif, mais j'ai l'impression que vous avez des difficultés ». Pourquoi pas ? De toute façon, je m'en fiche si ça la choque, bon ben tan pis. Mais des fois, après ils ont entendu ce qu'on leur a dit et même s'ils ne veulent pas se confier, ça peut servir plus tard pour eux. Voilà.

Q – Vous dites : « C'est jamais un problème de temps ». Vous prenez le temps, s'il faut prendre le temps ?

28 – Moi je ne fais pas de dépistage systématique. On voit des tas de choses en médecine générale, des renouvellements d'ordonnance, le gars qui s'est coupé la tête, le suivi du nourrisson…Ah oui, ça, parfois, dans le suivi de nourrisson, il y a des trucs. Je me souviens d'une jeune dont je connais bien la situation familiale, elle est sans arrêt en train d'amener le gamin ; le gamin, il a 18 mois maintenant, bientôt 2 ans, à mon collègue et il n'a jamais rien, enfin 3 fois rien. Et en fait il y a une grosse…, ah oui, mais ça c'est autre chose, c'est pas dans le cadre de…elle avec son copain ça va, mais il y a un problème psychologique. Elle, c'est une dépressive, à mon avis une grande dépressive. Mais vous avez aussi des femmes qui ne

sont pas bien et qui vous amènent les enfants en disant : « Ils vont pas bien, le gamin va pas bien ». Mais bon, vous voyez rien, elle est stressée, cette femme. Et puis, elle vous le ramène ! Ca, ça peut être un motif, un truc indirect.

Q – Etre interpellé par les enfants aussi.

29 – Oui. Pourquoi elle est sans arrêt en train de m'amener ses gamins alors qu'ils n'ont rien ! Ils poussent bien, ils sont …pfff. Et en fait, c'est la mère qui a des difficultés conjugales. Ça, c'est banal. Mais sur le coup, on ne le voit pas. Une mère qui est angoissée, on essaie de ne pas passer à côté de quelque chose. Ça aussi, c'est un truc qui peut alerter. Mais moi, toutes les mères qui m'amènent un gamin pour la rhino-pharyngite, je ne suis pas spécialement alertée par ça. Mais si elle me l'amène 6 fois dans le mois. Elle m'amène encore son gamin, mais il y en a marre ! Il a rien votre gosse, Doliprane, c'est bon. Et puis après, à un moment donné, faut…La jeune là, qui l'amenait sans arrêt, c'était pas dans le cadre de violences conjugales, mais c'est une grande dépressive, qui a eu un contexte familial difficile et qui est très angoissée. Moi, il y a eu un jour, je lui ai dit, je la tutoie : « Ton gamin, il n'a rien, pourquoi tu es toujours en train de l'amener ? Il n'a rien ! » Je lui ai dit. « Va te faire suivre, non pas chez l'ostéopathe, va chez la psychologue ou le psychiatre ! »

Q – Et si on en revient aux violences conjugales, vous dissociez les situations d'urgence et les autres situations ?

30 – L'urgence, c'est quand elles se font tabasser.

Q – Il y a deux prises en charges différentes ?

31 – C'est plus difficile, la prise en charge…Bon, les femmes tabassées, faut les extraire, faut faire intervenir la gendarmerie pour que le conjoint violent sorte de la maison ou de l'appartement.

Q – Et quand il n'y a pas de péril vital imminent ?

32 - …Ben, faut déposer plainte… oui ben…

Q – Vous êtes amenée à les suivre ?

33 – Elles reviennent, mais c'est difficile. Des fois, il y a des pervers aussi. Des fois, elles pensent que ça va repartir d'un bon pied. « Je l'ai énervé alors… » Pas facile de faire prendre conscience qu'elles se trouvent dans une impasse. Faut faire intervenir d'autres travailleurs sociaux, moi je trouve. Le problème c'est qu'on n'en a pas des wagons ici. Une psychologue, l'assistante sociale, surtout quand c'est des femmes qui sont dépendantes de leur conjoint.

Q – Il manque des intervenants dans le réseau pour vraiment les aider ?

34 – Oui, c'est pas évident…On n'est pas seul que pour ça et c'est vrai que ça n'arrange pas les choses.

Q – Est-ce que vous auriez en mémoire une situation de violences conjugales qui vous aurait vraiment marquée dans votre pratique ?

35 – J'en ai eu pas mal…

Q –Il y en a une en particulier, que vous pouvez nous raconter ?

36 – Oui. Un monsieur qui était plombier et qui buvait et qui tabassait sa femme très régulièrement. Moi, je la voyais, elle venait pour le certificat de coups et blessures, en général le lundi matin. Je la voyais, je faisais le certificat. Il y avait un fils qui était encore relativement jeune adolescent. Et elle, moi je trouvais qu'elle risquait, moi je lui disais : « Un jour, il va vous tuer ». Et puis, elle reculait toujours. Il avait été convoqué sur mon certificat médical. Il y avait eu des suites judiciaires. Ils les prennent en photo aussi à la gendarmerie, donc ça vient corroborer le certificat de coups et blessures. Parce que le certificat, quand on nous dit que ça doit être fait par un légiste, ils n'habitent pas en milieu rural à 50km du CHU (*centre hospitalier universitaire*). Les femmes qui ont été, qui ont eu des violences physiques importantes, tellement importantes qu'elles risquent leur peau, elles descendent pas à

Grenoble se faire faire le certificat par un légiste. Dans les formations, on nous dit ça. Je trouve que c'est pas réaliste. Bon, elle était allée, elle avait déposé plainte finalement. Il y avait eu des suites, il avait même été éjecté de la maison, le gars. Et puis après, il était parti du coin et elle était partie dans le midi avec lui. Et je l'ai revue 2- 3 ans après et elle est venue me voir en disant : « Eh ben ça y est, je ne vis plus avec lui ». C'est une dame qui devait avoir mon âge. Je lui avais dit : « Ben écoutez, ça me fait plaisir ». Elle avait réussi à se dépatouiller de cette situation, mais elle avait été plusieurs fois rouée de coups.

Q – Et vous, à chaque fois, vous aviez rédigé le certificat quand elle venait consulter ?

37 – Oui. Une fois, je me souviens, elle venait avec le nez cassé. Elle venait avec des lunettes de soleil et elle enlevait ses lunettes... ! Il était vachement violent. Ça allait souvent avec une alcoolisation. L'alcool, c'est un signe qui peut alerter…mais c'est tellement banal.

Q – Et une situation où la femme n'aurait pas consulté à cause de lésions, mais une situation où vous, vous auriez dépisté une situation sur un tableau clinique un peu suspect. Comme vous dites, quand on ne comprend pas très bien.

38 – Oui, ben c'est souvent des douleurs abdominales, des tas de trucs bizarres. La sphère digestive, c'est souvent très investi au niveau psychologique.

Q – Ca vous est arrivé d'en dépister ?

39 – Oui plusieurs, mais pas un spécialement…

Q – Une que vous auriez dépistée avant les lésions physiques, avant les coups ?

40 – Souvent il y a des hommes, c'est souvent entre homme et femme, qui sont des pervers et qui ne vont pas tabasser, mais par contre qui font souffrir psychologiquement leur conjoint, quoi. C'est des fois insupportable. Des femmes qui ont un profil psychologique un petit peu particulier et qui n'oseront pas s'en aller. Là, c'est plus subtil. Il y a souvent les troubles digestifs… Ouais, comme ça je ne sais pas, j'ai pas vraiment réfléchi.

Q – Et la première fois que vous avez été confrontée à une situation de violence conjugale, est-ce que vous vous en souvenez ?...Ca remonte !

41 – J'ai passé ma thèse en 81 alors !! Il y a plus de 30 ans !

Q –Une des premières, alors.

42 – Des femmes battues, des hématomes sur le visage, sur les bras…

Q – Donc, c'est des situations où il y avait déjà des lésions visibles.

43 – Oui. Au niveau du dépistage, moi je trouve qu'il faut le dire, qu'il y ait des clips qui passent à la télévision ou à la radio en disant : « Si vous avez un conjoint qui est violent… » Je crois qu'ils ont fait ça en Espagne. Ça marchait pas mal, parce qu'en Espagne ils sont vachement violents. Et maintenant, il paraît qu'il y a moins de morts par violence conjugale que chez nous en France. Non ?

Q – Je ne sais pas.

44 – Du coup ça a marché, ces campagnes de dépistage, mais c'est auprès du public. Pour inciter les victimes à se faire connaître. Par des relais, bon c'est-à-dire par le médecin généraliste. Mais ça peut être les travailleurs sociaux, vous voyez ! Mais qu'elles en parlent ou qu'ils en parlent ! C'est plus souvent des femmes, mais bon.

D'ailleurs les actes de pédophilie ça n'existait pas, on n'en parlait pas et depuis qu'il y a eu les campagnes de sensibilisation, il y a eu des prises de parole, alors qu'avant on n'aurait jamais rien dit. Donc moi, je pense qu'il faut qu'il y ait des campagnes régulières au niveau des médias.

Q – Pour inciter les femmes à en parler… Il y aurait peut-être aussi besoin de campagnes pour inciter les médecins à aborder le sujet ?

45 – Après, on n'aborde pas le sujet systématiquement. Pas lors d'une prise de contact. C'est quand on commence à se connaître un petit peu, on voit des choses qui sont bizarres.

Q – Vous, c'est quand vous connaissez la patiente que vous posez la question ?

46 – Ah ben oui, dans une consultation de première prise de contact…Ou si j'ai l'impression qu'elle est vraiment dépressive, je leur demande : « Vous avez des problèmes personnels ? Des problèmes conjugaux ? » Si elle me dit non, moi je respecte. Si elle me dit oui et qu'il n'y a rien qui vient derrière : « Bon, vous ne voulez pas m'en parler. Je pense que ça a des conséquences sur votre vie actuelle, sur votre état de santé. Le jour où vous voulez en parler, je suis prête à vous écouter ». S'il y a des signes de violence physique, par contre, je suis beaucoup plus intrusive !

Q –Quand il y a un risque vital.

47 – Ben oui, à partir du moment où elles se font tabasser, il y a quand même un risque vital. Elles n'ont pas la même force physique. L'alcool, la drogue, c'est des trucs qui sont aussi…

Q – Quand le conjoint consomme de l'alcool et de la drogue, vous êtes vigilante par rapport à la femme ?

48 – Oui.

Q – Dépister le conjoint acteur des violences, ça peut être fait par le médecin aussi ?

49 – Des fois, ça m'est arrivé d'avoir des hommes qui venaient me dire : « Elle m'énerve, elle m'énerve. Je sens que je suis violent, ça me fait peur. » Moi en général, je leur conseille de faire un break, de s'apaiser mutuellement en se séparant, en s'éloignant. Je ne

vais pas le mettre sous Nocinan (*neuroleptique sédatif*) non plus. Et aussi inciter qu'ils aillent voir d'autres professionnels pour en discuter. Parce que c'est vrai, moi, mon temps d'écoute est quand même relativement limité et je ne suis pas forcément formée pour ça. Mais c'est vrai que des accueils spécifiques de femmes battues ou de conjoints potentiellement violents, je ne sais pas où il y en a. Faut descendre à Grenoble, mais ici il n'y en a pas. Et ça fait loin quand même. Il y a beaucoup de femmes qui n'ont pas le permis de conduire, qui n'ont pas de voiture. D'ailleurs dans le repérage, ça peut être un élément.

Q – L'isolement, quoi.

50 – Oui. Faut prendre le bus, avec des enfants, pas de permis, pas de voiture. Ou alors on peut prévenir les assistantes sociales. Ça m'est arrivé, rarement. Avec des enfants, c'est plus facile de faire intervenir des travailleurs sociaux. Parce qu'on protège la femme en disant : « On protège les enfants ».

Q – Vous disiez que ça fait 25 ans que vous travaillez en libéral. Depuis le début de votre pratique, vous êtes plus à l'aise avec le sujet des violences conjugales ?

51 – Oui, de toute façon. En général, on s'améliore en vieillissant. On est plus à l'aise, on les repère mieux. Parce que je connais mieux les gens d'ici. Et même au niveau psychologique.

Q – Vous abordez le sujet plus facilement ?

52 – Oui oui, moi je ne me gêne pas. Quand j'étais jeune médecin, j'osais pas, je me disais : « Je vais me tromper ». Maintenant, je m'en fous et si je me trompe, eh ben tan pis.

Q – Avant, vous aviez peur de blesser la patiente ?

53 – Oui oui. Que les gens soient froissés. De toute façon, moi quand j'aborde le problème, j'aborde d'une façon très très ouverte : « Vous avez des problèmes personnels ? Oui/non ». Ça suscite ou pas des confidences.

Q – En général, comment elles l'acceptent ?

54 – « Problèmes personnels, difficultés conjugales », c'est banal, c'est une question fourre tout ! On attend de voir si ça suscite quelque chose ou pas.

Q – Donc c'est assez facile de poser une question ouverte.

55 – Oui, moi je trouve.

Q – Et ce genre de questions, vous en posez souvent ?

56 – Oui, ça arrive. Pas tous les jours.

Q – Pour inciter à la confidence ?

57 – Oui, quand il y a quelque chose que je ne comprends pas bien et que je me doute qu'il y a des difficultés psychologiques. Alors de quel ordre, ça fait partie d'une des causes de difficultés psychologiques, problème de couple, conjoint violent, enfin bon.

Q – On arrive à la dernière partie. Quels besoins peuvent avoir les médecins généralistes pour mieux gérer, mieux dépister, mieux repérer en fait, ces femmes qui subissent des

violences et pouvoir mieux les protéger ? Vous par exemple, vous pensez avoir besoin de quoi en plus ?

58 - … Les intervenants sociaux à qui on peut confier ces femmes, les diriger du moins.

Q – Que le réseau soit un peu plus important en campagne ? Parce qu'il y a des associations sur Grenoble, mais ça fait loin.

59 – Alors, il y a le numéro d'écoute. Je ne sais pas trop. Téléphoner, ça peut être pas mal. Mais j'ai pas le numéro, là.

Q – Un numéro pour le médecin ou pour la patiente ?

60 – Un numéro qu'on donne à la patiente. « Téléphonez à tel numéro, vous verrez, on va vous donner des conseils ». C'est un peu une façon d'évacuer le problème pour nous, quoi.

Q – Plutôt des personnes recours ?

61 – Oui. A la gendarmerie ils sont pas mal, il y a des fliquettes là, qui sont relativement…Ca a beaucoup changé, ça a beaucoup changé. Avant, quand on envoyait des femmes battues, ils n'en avaient rien à cirer. Souvent souvent. Puis elles étaient accueillies par des hommes, qui des fois avaient aussi la main lourde, des emmerdeuses, quoi ! Non non, mais c'est vrai, moi j'ai connu ça ! Fallait vraiment que la femme, elle ait été démontée, pour qu'il y ait une suite. Alors que maintenant, non, systématiquement à partir du moment où il y a une femme qui se plaint de sévices physiques, automatiquement ils vont voir le conjoint à la maison. Evidemment en général il ne veut pas se déplacer, donc à la maison. Ou même peut-être sur le lieu de travail. Ça c'est bien, très très bien, ça marque, ça fixe des limites. Il se rend compte qu'il est peut-être allé un petit peu loin. Oui oui, ça c'est bien. Et puis aussi le faire partir de la maison si vraiment ça se répète, si c'est une situation qui est très dangereuse pour la femme.

Q – Et en termes de formation, vous en avez fait une il n'y a pas très longtemps ?

62 – C'est bien. Je trouve que c'est bien. C'est des sujets de formation qui reviennent régulièrement comme le diabète, passage à l'insuline, prise en charge de l'hypertension. Voilà, c'est des trucs qui sont quand même…c'est des situations de détresse humaine qui sont…On ne peut pas dire : « Moi je prends bien en charge l'hypertension, les machins comme ça, mais les histoires de femmes battues, ça me gonfle, ça suffit, c'est pas de la médecine, c'est des trucs sociologiques, c'est bon ! » C'est vrai, il y a des médecins, ils raisonnent comme ça ! C'est surtout qu'on est dans une profession qui est, enfin qui était essentiellement masculine, alors faut voir les réflexions. Il y en a encore. Moi, je suis peut-être un peu vieille. Les histoires de femmes battues, de toute façon, c'est toujours intriqué, il y a des rapports sado-maso, je sais pas, quoi ! pfff !

Q – Les médecins, à un moment, ils ne se sentaient pas concernés ?

63 – Pas trop. Moi je crois, les médecins qui ont un certain âge. Et que de toute façon, on pouvait rien faire, parce qu'on les enlevait de leur milieu violent et qu'après, dès qu'elles pouvaient, elles retrouvaient leur conjoint qui était violent…C'est vrai qu'elles ont besoin…Le médecin généraliste, il ne peut pas tout faire ! Il faut d'autres travailleurs sociaux. Il y a le CMP *(centre médico-psychologique)*, mais c'est pas des femmes qui sont folles, - enfin folles, je me comprends -. CMP oui. Mais c'est quand même connoté « maladie mentale ». Alors que c'est pas une maladie mentale, il peut y en avoir, mais pas

obligatoirement. Syndrome dépressif réactionnel, mais bon. De toute façon, il faut les faire sortir de chez elles, donc pourquoi pas aller au CMP ? Mais nous on n'a que ça ici. Elles n'iront pas à Grenoble, à mon avis, elles n'iront pas à Grenoble.

Q – Besoin d'outils informatiques ?

64 – Non… Ou qu'il y ait des campagnes de dépistage à plusieurs intervenants de santé, quoi. Les psychologues, les infirmières psychiatriques, les médecins généralistes. Qu'on se voie, qu'on en parle. C'est toujours le problème de dépistage en milieu libéral, c'est qu'on n'a pas vraiment le temps, mais on peut prendre le temps.

J'ai vu, il n'y a pas longtemps, un médecin qui me parlait du dépistage des IST. C'est vrai qu'on pourrait se réunir avec les intervenants du canton pour en parler. Là, je voyais, dans la campagne de dépistage qu'ils vont faire, il y a les IST, les dents, il pourrait y avoir aussi... Ca s'adresse plutôt aux saisonniers. C'est vrai que c'est des gens qui sont dans la précarité souvent, et à mon avis, ils sont un petit peu plus vulnérables par rapport à ça. Donc, pourquoi pas ? Ils viennent vers le 24 ou 25 juillet.

Q – Donc, sensibiliser les intervenants du canton ?

65 – Qu'on vienne faire un petit tour et en parler. C'est vrai que les femmes battues, c'est un peu rigolo de dire les femmes battues, mais les violences conjugales, il y en a. Qu'on puisse leur en adresser aussi, ça serait bien, au même titre que les IST. Et je pense, c'est plus fréquent.

Q – Vous disiez que pour les médecins, c'était long, c'était un peu décevant, que les femmes elles partaient pour revenir et repartaient pour revenir etc. C'est une situation difficile à prendre en charge ?

66 – Ah oui ! C'est multifactoriel.

Q – Il y a peut-être des médecins, ça les rebute de prendre en charge ces femmes-là à cause de cette difficulté ? Vous, vous en suivez des femmes qui viennent, qui partent ?

67 – Pas actuellement. Si, j'en ai une qui est en train de divorcer. C'est une situation pas toute simple. En plus, je vois le mari aussi, enfin l'ex-conjoint.

Q – Ca met mal à l'aise le médecin.

68 – Oui, parce qu'on a l'impression que ça touche plus trop à la pathologie, mais plutôt le domaine social sur lequel on n'a pas tellement de prise. Mais par contre, les sévices physiques c'est différent. Je me souviens d'un gars du coin qui est bourré de fric, qui vit comme un

pauvre malheureux parce qu'il est rapia comme pas deux, et il s'est ramené une Malgache, une petite jeune qui a 30 ans de moins que lui. Et alors une fois, elle vient me voir. Moi, dans une autre vie, j'ai été mariée à un Africain, donc il y avait à la fois une complicité de femme et une complicité parce que je connais bien les Africains, elle le savait. Donc, elle est venue me voir en disant : « Ouais il voulait m'obliger à avoir une pénétration anale, moi j'ai pas voulu ». Il partait régulièrement à Madagascar, où il passait 2-3 mois et où il s'envoyait en l'air avec des petites jeunes de 12 ou 14 ans et il disait « Si tu fais pas ça, d'abord là-bas, ils le font alors je vois pas pourquoi tu le ferais pas toi, et puis si c'est comme ça, je te fais pas ton certificat d'hébergement et tu n'auras plus de carte de séjour. » Elle me raconte ça, je lui dis : « Faut pas te laisser faire ». Elle avait du travail en France,

elle n'était pas toute seule à la maison, sinon ça n'aurait pas marché. « Te laisse pas faire, faut pas accepter, il n'a pas à te demander ça. C'est pas parce que là-bas il trouve des filles qui font ce qu'il veut, c'est des prostituées, toi tu n'es pas comme ça. Te laisse pas faire, faut que tu partes de la maison ». Alors là, par contre, je m'étais impliquée ! Bon, et puis finalement, elle est partie. Il n'y a pas que moi qui sois intervenue là-dedans et puis elle est courageuse. Elle est partie, maintenant elle vit seule, elle a fait venir son fils qu'elle n'avait pas eu avec lui, mais avec un autre gars. Bon, elle s'est quand même sortie de ce type qui était quand même un drôle de bonhomme. Là, c'était des violences physiques et surtout psychologiques. « Si tu ne fais pas ci, je ne remplis pas ton certificat d'hébergement et tu n'auras plus de carte de séjour ».

Nous, on a aussi des jeunes…c'est encore plus difficile à repérer. On a une grosse communauté de Turcs, c'est que des mariages arrangés entre cousins et cousines, et parfois ils ne s'entendent pas trop bien. Alors, quand c'est la femme qu'ils sont allés chercher au fin fond de l'Anatolie, qui parle pas un mot de français, qu'ils ramènent en France, qui est déjà enceinte, qui accouche, et qui subit plus ou moins des violences sexuelles, c'est pas facile. C'est des milieux très fermés, on voit qu'il y a des machins qui se passent. Je me souviens d'une jeune qui avait un gros hématome sur une des grandes lèvres. Je lui avais dit au gars, à son mari, que je connaissais très bien, qui était né en France. Je lui avais dit : « Dis donc, faut

te calmer, tu as vu comment tu l'as mise, ta femme ! ». Bon voilà, mais à part ça. Il faut qu'il y ait plus de travailleurs sociaux sur lesquels on puisse s'appuyer quand même, parce que c'est une prise en charge multifactorielle, plusieurs personnes.

Q – De connaître et le conjoint et la femme dans l'histoire, en tant que médecin traitant, ça facilite ou ça complique ?

69 - Ca peut faciliter…Des fois, ça complique, on voit les deux, on a l'impression d'être hypocrite, on voit les deux et ils ne savent pas qu'on voit les deux. Là, dans ce cas-là, je pense à cette jeune femme qui avait un hématome de la vulve, c'est lui qui me l'a amenée et c'était dans le cadre d'un suivi de grossesse. Je lui ai dit : « Mais qu'est-ce qu'elle a ta femme ? ». Elle avait une lèvre comme une aubergine. « Faut que t'arrêtes, tu peux pas et en plus elle est enceinte ! »

Sinon, je pense au couple qui est en train de divorcer actuellement. Visiblement, ça ne se passe pas bien. Et en plus il est un peu violent, lui. Mais elle, elle se défend pas mal.

Q – Là vous connaissez aussi les deux ?

70 – Oui, j'ai vu l'ex-conjoint il n'y a pas très longtemps. Et je pense qu'il ne sait pas que je vois la femme. Alors qu'il se plaignait des agissements de la femme. Moi je trouvais que c'était bien, ce qu'elle faisait par rapport aux enfants, parce que lui, il est violent par moment. C'est pas facile, chantage au suicide : « Si tu t'en vas, je vais me suicider »…

Q – Le médecin seul, il ne peut pas gérer ça…

71 - Non non non, il ne peut pas tout gérer. Faut savoir rester humble.

Q – Et vous dites : dans certaines situations vous êtes très impliquée ? Il y a de l'émotion ?

72 - Oui, moi je pense à celle qui était tabassée régulièrement, je lui disais : « Faut pas rester comme ça ». Son fils était encore relativement jeune. Souvent, on les motive en

disant…bon elles sont déprimées, à la limite elles se font casser la gueule, elles se font tuer, des fois elles en ont tellement marre que bon, pff ...Mais on arrive à les motiver à aller porter plainte. Moi je m'appuie sur ça : « Vous vous rendez compte, votre fils avec un père qui est violent, si vous vous faites tuer, il va faire comment le gamin ? ». Elle est partie une première fois, il l'a suivie dans le Berry et elle a réussi à s'en dépatouiller.

Q – Ca implique beaucoup d'émotion de la part du médecin aussi ?

73 – Oui, ouais, ouais… Et puis des fois, ça nous renvoie à des situations qu'on a vécues nous. Voilà. En tant que femme, il y a une complicité de femmes. Bon…

C'est vrai qu'on n'a pas tellement d'intervenants. Autant il y a des fois où je ne m'implique pas trop, des fois c'est subtil. Mais quand elles commencent à se faire tabasser, là je m'implique ! Je m'implique beaucoup : « Faut pas rester comme ça, un jour vous allez y rester ! Il n'a pas le droit de faire ça ». Elles le savent. Moi, je suis sûre que la génération de mes parents, donc des gens qui ont 80-90 ans, la femme était plus prête à se prendre une beigne de temps en temps, - je dis pas ça pour mes parents -, que maintenant. Maintenant, les femmes elles n'acceptent plus ça. Parce qu'il y a des campagnes comme en 2010, mais il faut les répéter. Plus on répètera, plus on repèrera les situations difficiles et moins il y aura de femmes qui mourront toutes les années parce qu'elles se sont fait tabasser.

Q – Quand on sait qu'il y a une situation de violence conjugale dans le couple, ça apporte un plus à la prise en charge globale ?

74 – Nous, on est quand même une personnalité morale, on reste une personnalité morale. Donc, quand le médecin pèse de tout son poids, ça aide quand même, ça fait pas tout, mais ça aide. Puis souvent, c'est des femmes isolées, ce qu'on leur dit ça a du poids, ça vient en complément de ce que leur ont dit leurs voisines, leurs copines si elles en ont. C'est quand même un poids important. En général ça aide.

Q – On a parlé de beaucoup de choses ! Vous avez autre chose à dire sur la thématique des violences conjugales ?

75 – Oui…non, pas spécialement.

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P16

Q - Voilà. Alors, pour commencer, est-ce que tu as un souvenir de cette campagne de 2010 ? Est-ce que pour toi, ça a changé des choses ?

1 - Je me rappelle juste d'un spot à la télé- je ne sais pas si c'était sur cette campagne-là- où ça finissait sur une tombe. Enfin, c'était assez choc, sur la campagne publicitaire à la télé. Surtout ça. Après, c'est vrai que sur le plan professionnel, effectivement, je n'ai pas l'impression d'avoir eu d'écho par le côté professionnel, mais plus par le côté grand public, comme tout le monde. Je n'ai pas eu plus d'interpellation du point de vue professionnel. Je trouve que c'est finalement plus récemment que j'ai vu passer des articles sur les violences conjugales dans les revues professionnelles. Mais vraiment sur cette année, pas sur 2010, effectivement.

Q - Et à ton avis, dans ta patientèle, même en tant que médecin remplaçant, quelle est l'importance des violences conjugales ?

2 - Je pense que c'est important, mais voilà, je pense que je suis très mal formée à les détecter, les dépister. Alors, est-ce que je suis mal formée ou est-ce que je ne cherche pas non plus à creuser, parce que ça me fait peur de trouver ce que je vais trouver dessous ? Je ne sais pas, c'est inconscient. Ce n'est pas que je veux laisser quelqu'un en danger, mais voilà, je n'ai pas l'impression d'en croiser beaucoup, alors que je pense qu'il y en a beaucoup. Donc j'ai un petit malaise avec ça, parce que effectivement, je pense que je ne vois pas ce que je devrais voir, à part quand les femmes viennent explicitement pour me demander des choses en rapport avec ce problème-là. Ce qui n'est pas fréquent, je trouve.

Q - Ca n'arrive pas souvent ?

3 - Non, moi, dans les douze mois qui ont précédé, je pense que ça m'est arrivé deux fois pour des certificats de coups et blessures. Deux fois, pas plus, alors que je pense que c'est beaucoup plus profond que ça, et je suis malheureuse de ne pas pouvoir plus chercher ces choses-là.

Q - Et c'est des questions que tu te poses... ?

4 - Oui, c'est des questions que je me pose, parce que je pense que c'est effectivement notre travail de le dépister et de pouvoir les aider. Alors, en même temps, je ne sais pas si j'ai tous les outils pour les aider, mais je pense que ça fait intimement partie de mon travail même si, pour l'instant, je ne me sens pas très bien armée. Je me dis qu'il y a toujours moyen de retrouver des coordonnées, des aides, des choses et que voilà, ça, je pourrais le faire. Mais voilà, ça me pose question, je ne sais pas trop comment effectivement l'aborder en consultation. Je ne sais pas trop à quelle femme il faut que j'arrive à poser la question, parce que je sais très bien que ça touche tous les milieux. Voilà. Je ne sais pas trop comment réussir à tirer un petit peu le fil et à trouver le moment où il y a quelque chose qui doit m'interpeller dans la consultation, dans le motif de consultation, ou même dans autre chose. Parce que je pense que des fois, aussi, quand elles viennent pour leurs enfants, je dois pas être.... Je pense qu'il y a des moments où je dois pouvoir détecter des choses que je ne détecte pas actuellement.

Q - Et en termes de répercussion sur la santé des patientes? A ton avis, qu'est-ce que ça implique, les violences ?

5 - Enfin, je pense, physiques, elles viennent pour un certificat de coups et blessures, ça se voit. Mais je pense qu'effectivement il y a plus.... Je passe vraiment plus à côté au niveau des problèmes plutôt d'angoisse, de choses comme ça. Je pense que dans les problèmes psy, qui

sont quand même une grosse part de nos consultations, je pense que ce n'est pas anodin là-dedans à mon avis. Et puis, je pense que dans les problèmes somatoformes, les plaintes un peu répétitives sur des choses sur lesquelles on ne trouve pas grand chose, je pense qu'effectivement, il doit y avoir des fois de l'angoisse qui s'exprime aussi comme ça et que, voilà, ça doit aussi jouer sur ça. Donc, je pense qu'il y a plein d'expressions, que ça joue sur tous les domaines de la santé, psychologique, physique, tout. Et je pense qu'effectivement, c'est pour ça que c'est important et c'est aussi pour ça que j'arrive pas.... Ca prend tellement de formes, et notamment des formes qui peuvent être recoupées à autre chose que, à part la violence physique qui se voit, je trouve que c'est difficile à cibler. Alors que je pense que ça prend plusieurs formes cliniques.

Q - Pour toi, quel est le rôle du médecin ? Pour ces femmes là ?

6 - Je pense que c'est déjà leur apporter une aide médicale. Ca, je pense, c'est la moindre des choses dans notre travail, mais c'est aussi de leur apporter un éclairage extérieur et de leur mettre en évidence combien cette situation est anormale, et qu'il ne faut pas la laisser durer, et que, voilà.... On doit être là aussi pour être une sonnette d'alarme. C'est pas acceptable. On a aussi ce devoir de dire non. Faut pas laisser faire, faut pas continuer.

Q - Tu penses que les femmes ne sont pas forcément conscientes ?

7 - Je pense qu'elles en sont conscientes, mais je crois que c'est excessivement difficile pour elles de faire cesser la situation. C'est des fois, je pense, avec un conjoint avec lequel elles vivent depuis longtemps, avec lesquels elles peuvent avoir des enfants. C'est pas une situation facile de devoir partir, de devoir interrompre cette relation. Je pense que.... enfin, voilà. Elles doivent se dire que... ça va aller mieux après. Je pense que les personnes maltraitantes peuvent avoir aussi ce discours de dire : « Non, non, mais je me suis un peu emporté, ça ne va plus se reproduire ». Je pense qu'il y a des choses comme ça et qu'elles reportent beaucoup le moment où elles disent : « Stop, ça ne peut pas durer comme ça ». Donc, je pense que c'est aussi important pour ça, qu'on leur dise rapidement : « Non, ça ne peut pas durer, ce n'est pas normal », dès les premiers symptômes, dès les premiers moments et non pas d'attendre des mois et des années et des choses graves, pour qu'on s'alerte. Je pense qu'elles en sont conscientes mais je pense que si quelqu'un d'autre leur fait comprendre que c'est pas normal, c'est aussi un petit plus qui peut les aider à passer le cap de changer de situation, peut-être.

Q - Les faire réagir, finalement. Est-ce que tu vois d'autres choses dans le rôle que tu peux avoir ?

8 - C'est un rôle de protection, mais la plupart du temps, elles sont souvent majeures. Donc après, c'est aussi de leur décision, mais c'est vrai qu'après, médicalement, je mettrais tout en œuvre pour qu'elles puissent se protéger si elles veulent porter plainte, bien sûr, qu'il y ait un certificat. Pour tout ce qui est médical, on va leur apporter ce qu'on peut apporter. Voilà. Mais après, c'est vrai que, à part les faire réagir et les protéger et médicalement apporter ce que je sais, ce que je peux. Enfin, voilà, je n'arrive pas trop à voir comment.... Les orienter, peut-être, sachant que pour l'instant, je n'ai pas tous les outils, mais je pense qu'on a plus facilement de possibilités de retrouver dans nos réseaux, même de médecins,

d'appeler quelqu'un que l'on connaît qui aurait plus d'expérience et dire : « Oui, j'ai un problème, comment je peux orienter ma patiente ? » Donner des coordonnées éventuellement, et pouvoir avancer.

Q - Là, tu disais : « Elles sont majeures, c'est leur décision ». C'est quelque chose qui est difficile pour toi de respecter leur décision ?

9 - Oui, parce que ça révolte, et que quand je leur fais un certificat et qu'elles me disent : « Oui, mais je ne sais pas si je vais porter plainte », je trouve ça difficile. C'est difficile de se dire qu'elles ne vont pas porter plainte, qu'elles vont rentrer chez elles et que ça va recommencer. Oui, je me sens coupable de les laisser en danger. Mais voilà, si elles décident de ne pas le faire, j'explique, j'explique longuement, je les encourage quand même à porter plainte, parce que c'est pas normal. Dans toute situation de violence, je le ferais, même si c'est en dehors du cadre conjugal, mais voilà, c'est vraiment difficile de les laisser repartir en se disant qu'elles ne le feront probablement pas et que ça va recommencer. Et que nous, on est là et on le sait.

Q - Et qu'est-ce que tu ressens à ce moment-là ?

10 - Je me sens coupable, je me sens un peu dans une situation de non-assistance à personne en danger. Alors, moi, je suis remplaçante, mais j'imagine que lorsqu'on est médecin traitant, on peut avoir à prendre en charge la famille, donc notamment le fameux conjoint. Je pense que c'est des situations excessivement compliquées à gérer, à aider, et c'est vraiment difficile. Ca me pose souci de les laisser repartir, comme ça, en sachant qu'elles ne feront pas forcément de démarches autres.

Q - Et à ton avis, pourquoi est-ce plus compliqué de connaître le mari ?

11 - Je pense que ça crée une espèce de relation un peu bizarre, même si c'est une relation de patientèle. Je pense que j'encouragerais toujours la femme à porter plainte. On reste au milieu. On peut avoir les deux échos qui ne sont pas forcément.... généralement pas concordants. Et puis, voilà, je ne peux pas refuser de traiter le conjoint, mais en même temps, je trouve que ça doit être compliqué à gérer, le relationnel de patientèle, du coup, cet espèce de truc à trois, une relation avec le conjoint maltraitant et le conjoint maltraité et de faire comme si je ne savais pas. ..... C'est compliqué de dire : « J'ai vu votre épouse, c'est pas bien ce que vous avez fait », je ne peux pas être moralisatrice comme ça. Donc, c'est reprendre juste le problème pour lequel le conjoint maltraitant vient et .... Je pense que c'est une situation très difficile à gérer. Je ne l'ai pas encore vécue, mais je pense que ça doit être encore plus difficile à gérer que quand on voit juste la personne maltraitée et que l'on a juste à la prendre en charge. On a, moralement, plus de liberté de manœuvre , après, quand on doit voir, en plus sans avoir d'agressivité, sans exprimer aucun ressenti, voir de façon assez neutre, le conjoint maltraitant.

Q - Pour toi, est-ce qu'il y a des patientes plus à risques que d'autres ?

12 - Je pense qu'il y en a dans tous les milieux. C'est peut-être un préjugé, je me dis qu'il y a aussi des patientes qui ont des mariages qui n'ont pas été à la base choisis, qui ont une certaine dépendance économique, qui ne travaillent pas et déjà, pour ces patientes-là, j'essaie quand même d'être vigilante, c'est des milieux très pudiques, où on n’exprime pas ce genre de chose, c'est compliqué à faire exprimer sur le vécu de couple. Enfin, c'est souvent dans les traditions musulmanes, des femmes qui vivent à la maison, j'arrive pas trop à.... Je trouve que c'est assez mal vécu par ces patientes-là, que je m'immisce dans ce

qui peut se passer éventuellement dans le couple, même si c'est des questions tout à fait.... « Comment ça se passe à la maison ? », des choses comme ça. C'est vrai , je trouve que ça reste très en surface, mais c'est vrai que je me méfie un peu, parce que je me dis : « Déjà, il y a une dépendance économique, elles ne travaillent pas »... enfin, voilà, je me dis : « Il y a moins de liberté, déjà », et du coup, je me dis : « Si en plus elles ne sont pas bien, elles ont moins de facilité à partir, à s'extraire de la situation de violence, que celles qui sont déjà un peu indépendantes économiquement, qui peuvent avoir une situation plus facile si elles décident de repartir ».

Q - Est-ce qu'il y a des motifs de consultation ou des tableaux cliniques qui vont t'alerter ?

13 - C'est sûr que la dame qui vient, qui a des ecchymoses à des endroits vraiment pas très logiques, ça va m'alerter. Effectivement des traumatismes à répétition chez une dame qui n'est pas censée tomber tout le temps, qui vient tout le temps pour des motifs, soi-disant qu'elle aurait chuté, qu'elle se soit fait des entorses, qu'elle ait des ecchymoses qui ne sont pas à des endroits habituels.... Là, effectivement, je vais quand même plus poser la question, je vais m'alerter plus que si ... plus que d'autres tableaux. Mais je pense que je ne m'alerte pas assez.

Q - Et à quel moment de la consultation et comment tu vas amener la question, si jamais tu as une suspicion devant une patiente, en dehors du cas où elle vient pour ça ? Si tu te dis : « Hou là là, il y a peut-être une violence là-dessous », comment tu vas t'y prendre pour questionner la patiente ?

14 - Je trouve que ce n'est pas évident. Bon, généralement , c'est sûr qu'à l'interrogatoire, je trouve que ce n'est pas le plus évident, mais c'est vrai qu'à l'examen, je vais essayer quand même de lui dire qu'il y a quand même beaucoup de choses, des choses à des endroits bizarres. Je vais essayer de mettre en évidence que ça me paraît bizarre qu'en tombant, elle se soit fait mal à l'intérieur de la cuisse, ou à l'intérieur du bras ou... des endroits un peu bizarres, et après, c'est vrai que je vais lui demander.... Ma question, mais c'est très vague : « Comment ça se passe à la maison ? » J'avoue que je n'arrive pas à poser directement la question : « Est-ce que votre mari vous bat ? » C'est quelque chose qui me paraît excessivement difficile, même si je pense que l'on devrait, mais j'ai peur de choquer les gens en posant la question directement. Alors, c'est sûr que de temps en temps, on va tomber juste et effectivement, ça peut relancer le truc, mais j'ai tellement peur pour le nombre de fois où ça ne serait pas ça, de dire : « Ben dis donc, qu'est-ce qu'elle me demande, là ? ». D'autant plus, si par exemple il y a un suivi de toute la famille, je me dis, après, elle rentre chez elle : « Le docteur m'a demandé si tu me battais ? »... Enfin, voilà, c'est le genre de choses sur lesquelles je ne me sens pas à l'aise, et que je ne sais pas bien comment amener. Si elles sont très disposées, effectivement je pense que ça peut venir, mais - avec « comment ça se passe à la maison »- si elles ont la trouille, si elles ne sont pas très disposées, elles ne vont pas le dire. J'en ai bien conscience que je suis très limitée dans mon approche de ce problème-là.

Q - Que peut-être tu ne vas pas assez loin dans tes questions ?

15 - Oui, plus précises, plus poussées, afin qu'elles comprennent vraiment où je veux en venir. Si elle n'a pas envie de comprendre où je veux en venir, je suis consciente que la façon dont je pose les questions, elle ne comprendra pas où je veux en venir.

Q - Tu as l'air de dire que des fois c'est plus facile d'aborder le sujet au moment de l'examen clinique, que face à face au bureau ?

16 - Oui, ou sinon après l'examen clinique, mais c'est vrai que j'ai un... L'incohérence des choses, je trouve que c'est plus facile de la mettre en évidence devant les faits que de .... Quand elle me dit : « Oui, je viens vous voir, je suis tombée, je me suis fait mal », je trouve que ce n'est pas évident de dire tout de suite : « Bizarre, vous venez me voir tous les quatre matins parce que vous tombez ». Voilà. Des fois, au moment de l'examen clinique, on a aussi une certaine proximité, on touche les gens. Je trouve que c'est un moment particulier, je pense que c'est un bon moment pour poser des questions sans l'interface du bureau. On est vraiment plus au contact et des fois il y a des choses que l'on sent plus facilement au moment de l'examen clinique, je trouve.

Q - Et donc, ça ne t'est jamais arrivé de faire du questionnement systématique ?

17 - Non.

Q - En disant, aujourd'hui, toutes les femmes que je vois, je vais leur poser la question, enfin, une question assez vague : il y a des études où ça a été fait : « Est ce que vous subissez des violences ? » Sans insister plus que ça, et puis en laissant une ouverture.

18 - Pour l'instant, je ne l'ai jamais fait. Je devrais, mais pour l'instant, j'ai l'impression d'être agressive dans la vie des gens, en posant cette question comme ça. Effectivement, quand les gens sont angoissés, ne sont pas bien, n'ont pas le moral, je leur pose toujours la question : « Comment ça se passe à la maison ? », parce que, bon, des fois, ça amène des choses. Mais, effectivement : « Est-ce que vous subissez des violences ? », le terme « violence », je ne l'ai jamais vraiment utilisé dans mes questionnements et jamais en systématique. Mais c'est sûr, c'est quelque chose en ce moment qui me questionne, parce que j'ai lu beaucoup, ces derniers temps, d'articles sur le sujet, avec des choses où on posait systématiquement la question et ils disaient que ce n'était pas si mal venu. Donc, je me disais que c'était sûrement un gros préjugé que j'avais, que c'était agressif pour les gens que je leur pose la question. Donc, effectivement, c'est quelque chose que je pense qu'il faudra que je modifie dans les mois à venir, dans ma pratique.

Q - Qu'est-ce que tu imagines que la patiente va ressentir, si tu poses cette question ?

19 – Effectivement, « Est ce que vous subissez des violences ? », c'est assez neutre, par rapport à : « Est-ce que votre mari vous bat ? », c'est beaucoup plus ciblé, et c'est là que j'ai toujours la trouille de me dire, si on suit le mari, c'est un peu embêtant, - « Tu sais quoi, le docteur m'a demandé si tu me battais »-. La fois d'après, quand je le vois en consultation, ça me pose un peu souci. Mais voilà, non, c'est vrai qu'après il y a effectivement des questions… « Est-ce que vous subissez des violences ? », ça reste neutre, et ....

Q - Donc, tu penses...

20 - Cà, je pense que je peux l'introduire. C'est quelque chose que je peux faire effectivement plus systématiquement, surtout que c'est effectivement pas forcément avec leur conjoint, il y en a qui sont battues par leur propre enfant. Ca s'adapte à toutes situations.

Q - On va arriver aux questions sur les freins. Donc, tu me disais que tu manquais d'outils. Une fois que tu les as mis en évidence, qu'est-ce que tu en fais, après ? Tu connais les associations ? C'est quoi, ton recours, actuellement si tu te retrouves dans cette situation ?

21 - Souvent, ce que je fais, je regarde sur Internet, quand je suis en consult. Quand j'ai un souci sur des choses vraiment très ciblées, comme ça, je cherche sur Internet les

coordonnées d'associations, parce que, quand on est remplaçant, le plus souvent, il y a des trucs locaux que l'on ne connaît pas forcément, donc, souvent, je recherche assez facilement et rapidement sur Internet les coordonnées locales. Je veille toujours à ce que la patiente reparte avec des coordonnées d'associations. Après, moi-même, je n'ai pas forcément eu l'habitude de travailler avec ces associations-là, et le fait d'être remplaçant, en plus, on n'a pas toujours les coordonnées de la personne locale. Sinon, j'appelle des médecins que je connais bien dans le coin où je remplace, pour avoir des coordonnées. Je me débrouille. Même si je n'ai pas des choses vraiment basiques enregistrées, je ne laisse jamais repartir la dame sans rien. J'essaye toujours de trouver des trucs. Ca se fait au moment de la consultation, je cherche devant elle des coordonnées à lui donner. Je n'ai pas un protocole type, avec des associations précises,

avec des gens précis avec lesquels j'ai l'habitude de travailler, parce que je n'ai pas encore beaucoup d'habitude.

Q - Est-ce que, des fois, la consultation en elle-même, ça peut être un frein pour aborder ce sujet-là ? Le manque de temps, les circonstances de la consultation.....

22 - Ben, oui. Les circonstances de la consultation, ça peut. Par contre, le manque de temps devant des problèmes comme ça, c'est vrai que des fois ça ne me dérange pas. Il y a des moments, comme ça, sur des problèmes vraiment particuliers, où je préfère prendre du temps et tant pis si j'ai une demi-heure de retard derrière. C'est pas grave. Il y a des moments où je me dis : « Ben, c'est pas grave, c'était pas une consultation qui était destinée à durer un quart d'heure, c'est trop important pour que je la laisse repartir ». Effectivement, elle aura pu me parler vingt minutes de son rhume et sur le pas de la porte me dire : « En fait, ça ne va pas du tout à la maison ». Enfin, voilà, je me dis qu'à ce moment-là, je la fais re-rentrer et que si ça dure une demi-heure, ça dure une demi-heure. Je pense que c'est le genre de consultation.... Ben voilà, c'est pas prévisible, c'est pas prévu et puis c'est pas grave si ça nous met en retard. Je pense qu'il faut le temps qu'il faut et je ne me mettrais pas un frein lié au temps de la consultation, en tout cas. Parce que je pense que c'est trop important.

Q - Est-ce que au niveau émotionnel, pour toi, il y a des fois où il y a des difficultés ?

23 - Je pense que c'est difficile. C'est pas évident d'affronter ça. Elles sont en détresse, elles sont... C'est des consultations difficiles, après, je pense, dans l'animation de la consultation, je n'ai pas trouvé que c'était les consultations les pires sur le plan émotionnel. On est un peu dans l'action, en me disant : « Il faut que ça bouge ». J'écoute beaucoup la dame, je pose des questions, et on fait l'examen clinique, on fait le certificat s'il y a besoin. Je cherche les coordonnées. Donc, finalement, je trouve qu'il y a beaucoup de choses à faire. Ca reste une consultation dans l'action, pas uniquement dans l'émotion, même si c'est pas évident, effectivement, je trouve, ces situations-là.

Q - Mais ça n'arrive pas que tu te dises, en fin de journée, je n'en peux plus, je n'ai pas envie d'aborder ce sujet-là parce que...

24 - Alors, c'est sûr que le vendredi, en fin de journée, on est peut-être moins apte à faire du dépistage systématique de violences conjugales, effectivement, peut-être que je suis moins réceptive.

Q - Pour se protéger un peu.... ?

25 - C'est vrai. Je pense qu'effectivement, il y a des moments, voilà... Après, si elle vient vraiment pour ça, on va le faire, mais effectivement, je suis d'accord que le dépistage systématique, les jours où on en a déjà pris plein la figure sur d'autres choses, on n'a pas envie de recevoir d'autres choses émotionnelles, on a envie de rester sur du technique, et que je n'irais peut-être pas creuser. Mais ça, c'est entre autres pour la violence conjugale, mais aussi pour pas mal d'autres choses qui ne sont pas évidentes à....

Q - Est-ce que tu as eu de mauvaises expériences dans ce domaine-là?

26 - Dans ce domaine -à... Ben, je n'ai pas encore beaucoup d'expérience.... Des mauvaises expériences, je n'en ai pas encore eues, mais.... je pense qu'un jour, ça viendra. Je n'ai pas encore assez d'expérience pour avoir eu de mauvaises expériences. J'ai surtout eu des certificats de coups et blessures, des choses comme ça, je n'ai pas eu trop de retours, je suis remplaçante. Finalement, ces dames-là, je ne les ai pas suivies, je n'ai pas su tous les tenants

et les aboutissants, je les ai vues à un moment, c'est un peu le problème du remplacement. Je n'ai pas trop de retours.

Q - Est-ce que tu te rappelles une situation qui t'aurait particulièrement marquée, soit une situation où une patiente est venue se confier, soit une situation où toi, tu aurais mis en évidence quelque chose, et me dire un petit peu ce que tu as ressenti, et comment tu as pris les choses en charge ?

27 - Comme ça, sur les violences.... C'était vraiment des situations tellement codifiées, enfin, voilà, je n'ai pas eu finalement trop de mise en difficulté là-dessus, si ce n'est, voilà, les deux fois, elles m'ont demandé un certificat, mais à chaque fois, en me disant qu'elles n'allaient pas porter plainte, qu'elles n'allaient sûrement pas porter plainte.

Q - Et c'est des dames que tu n'as pas revues après ?

27 bis - Non,

Q - Et c'est des dames qui venaient pour ça.

27 ter - Amenées souvent par leur famille, par leur sœur, par leur mère, par .... C'est marrant, ça. A ce moment-là, c'est souvent entre femmes que ça se passe, mais souvent, c'est des dames qui sont amenées, poussées par leur famille, mais qui me disent, voilà.... Je leur ai dit : « Il faut faire un certificat ». C'était même pas pour le certificat, c'était des fois pour le problème médical que ça a engendré. Notamment, il y en avait une, elle avait eu un blast au niveau du tympan, elle avait une perforation tympanique et c'est vrai qu'elle était gênée par ça, elle venait pour ça. Donc, moi, après, je lui ai dit : « Je vais vous faire un certificat ». Elle m'a dit : « Je ne suis pas sûre de porter plainte ». Voilà. Après, c'est vrai que moi, je les encourage, mais c'est vrai que voilà.... C'est surtout cette difficulté-là de me dire : « Bon, ben, je ne sais pas si, au final, j'ai été assez convaincante sur les risques qu'elle prenait »... Allez, c'est passé.

Q - Est-ce que tu te sens à l'aise pour expliquer aux patientes ce qu'il est possible de faire au niveau judiciaire ?

28 - A l'aise, je ne dirais pas. Je les encourage à porter plainte, après je ne pourrais pas tout leur expliquer, la machinerie judiciaire, tout ce que ça peut impliquer ou pas. Je sais qu'il y a des histoires de foyer, qu'il y a des associations qui peuvent effectivement les héberger, si

elles sont mises en danger. Ca, je suis capable de retrouver, mais leur expliquer vraiment clairement, je ne sais pas si j'ai été assez formée, ou bien si j'ai pas oublié tout ce que l'on m'avait dit là-dessus, effectivement, sur le détail. Mais j'insiste toujours sur le fait que c'est important de porter plainte. Je trouve que c'est important de marquer que c'est pas normal. Qu'elles puissent faire la démarche.

Q - La main courante, tu connais ? Tu fais la différence avec « porter plainte » ?

29 - Oui, elles peuvent aussi déposer une main courante, mais c'est vrai, que souvent, je trouve que si elles ne portent même pas plainte, souvent elles ne veulent même pas déposer une main courante. Il y en avait une qui avait déjà déposé une main courante, l'autre, elle m'a dit : « Non, j'irai pas ».

Q – Les implications ne sont pas les mêmes. Quand elles sont réticentes à porter plainte, ça peut être...

29 bis - Un compromis acceptable !

Q - C'est quand même une preuve de plus, si un jour elles se décident à porter plainte. Donc, toi, finalement, ça ne fait pas très longtemps que tu exerces. Est-ce que tu as l'impression quand même de progresser sur ce sujet-là, depuis le début ou.... ?

30 - Ben, pas vraiment, parce que le problème du dépistage systématique, je ne sais jamais trop comment l'aborder. C'est toujours mon problème. Du coup, je me retrouve toujours avec le classique cas de dames qui viennent vraiment sur des violences physiques particulières, pour lesquelles elles ont une plainte, pour lesquelles on va faire des choses particulières. Mais, pour l'instant, en un an de remplacement, je n'ai pas l'impression d'avoir progressé sur ce sujet, du tout.

Q – Est-ce que tu as eu des formations là-dessus, au cours de tes études ou après ?

31 - Alors, on a eu des cours, je ne veux pas dénigrer, je pense qu'on a parlé en cours. Après, j'ai l'impression, soit que c'est très loin, soit que c'était un peu déconnecté, à ce moment-là, de mes réalités professionnelles. Je n'en sais rien. C'est vrai que du coup, ça ne m'a pas laissé autant de traces que j'aurais souhaité que ça m'en laisse. Je pense que l'on peut faire mieux quand même, parce que l'histoire du dépistage systématique, j'ai l'impression qu'on ne m'en a jamais parlé pendant les cours, de demander systématiquement, d'aborder ça à chaque consultation. On nous a appris à faire les certificats de coups et blessures, on nous a dit, voilà, il y a des associations, je me rappelle de tout ça. Je ne me rappelle pas qu'on m'ait dit : « C'est important d'en parler à chaque consultation d'une façon ou d'une autre, d'essayer de dépister ce problème-là ». Moi, je ne me rappelle pas, en termes de dépistage, qu'on en ait parlé comme ça en cours.

Q - Et est-ce que ça t'arrive des fois ou est-ce que tu as pensé à dépister les hommes violents ?

32 - Je dirais que c'est presque plus palpable dans ce sens-là que dans l'autre. C'est malheureux de le dire, mais je trouve que j'ai plus tendance à voir des hommes où je me dis : « Je ne sais pas trop comment ça se passe à la maison, mais, je ne le sens pas trop ». Des gens très impulsifs, très réactifs, même en consultation, qui peuvent avoir un comportement très… où on se dit : « Hou, là. Déjà, avec nous, ça a tendance à partir au quart de tour, alors, à la maison, avec leur épouse, ça doit.... ». C'est vrai qu'on.... Par contre, c'est encore plus difficile d'aborder le sujet. Alors, il y en a certains avec qui on y

arrive parce qu'ils le disent implicitement. Il y a quand même des petites choses... Moi, j'ai eu en consultation un monsieur qui me disait, qui me l'a dit : « Je suis irritable ». Il y a des choses comme ça où tout d'un coup on sent que..... « Je suis irritable contre ma femme ». Il m'avait dit un truc qui m'a interpellée quand même, et j'ai senti comme un appel à l'aide, en quelque sorte, « Aidez moi », parce qu'il se rendait compte qu'il n'était pas dans un relationnel normal avec son épouse. Néanmoins, c'était un monsieur qui était fatigué, qui n'allait pas bien. Après, moi, j'ai essayé, je l'ai arrêté, et j'ai dit : « Il faut que je vous revoie dans une semaine, pour voir comment ça va au niveau du moral », et ça a été un monsieur qui n'est pas revenu. Et moi, je suis remplaçante, c'est toujours le problème. Mais je trouve qu'il y a des patients, on sent cette espèce d'irascibilité, de réactivité, et on se dit : « Hou là, ça ne doit pas être simple à la maison, en couple, dans le relationnel avec d'autres personnes, avec le sexe opposé ». Quand c'est un patient homme, on se dit : « Si déjà il réagit avec moi comme ça, comment il peut réagir avec quelqu'un qu'il connaît vraiment bien ? Il n'y a pas de limites ». Mais je pense qu'il y en a qui sont tout autant violents et qui masquent très bien leur jeu. Je n'ai aucune idée que ça se passe comme ça à la maison.

Q - Et ceux qui vont t'interpeller comme ça, tu vas creuser un peu ?

33 - Je vais creuser un peu, mais souvent, ils sont déjà dans une telle agressivité verbale, quand je me dis : « Ca doit se passer bizarrement », que quand on creuse, on augmente l'agressivité verbale. Il n'y a que sur certains points. Par exemple, le monsieur dont j'ai parlé précédemment, où j'ai pris ça comme un appel à l'aide, à l'entendre : « Je sens bien au relationnel que je ne me comporte pas bien avec ma femme ». Celui-là, je l'entendais bien comme ça, et j'ai vraiment eu l'impression que c'était ça qu'il cherchait, que j'accroche. Autant les autres, quand j'embraye sur ça, je trouve que ça augmente l'agressivité dans la consultation, ils augmentent le ton, la réactivité et.... Du coup, je n'ose pas aller plus loin. Verbalement, ça devient même assez agressif en consultation.

Q - Ca détériore la relation avec le malade, et des fois tu te sens en danger ?

34 - Oui, pas en danger complètement, mais je me dis : « Si je continue, ça va mal se passer, ça pourrait même déraper ». Je me dis « Stop ». Je préfère rester un petit peu en retrait sur ça, et me dire : ce n'est pas le moment, ni l'endroit, ni moi. C'est pas évident, mais il y a des moments où je préfère interrompre, parce qu'ils deviennent vraiment agressifs, et je préfère du coup ne pas plus creuser, et me dire.... Voilà. C'est moche, mais voilà, on a l'impression que ça va déclencher encore plus de violence, d'agressivité verbale, physique même, si on commence à dire : « Avec votre femme, vous réagissez comment ? Est-ce que vous avez l'impression que vous êtes facilement, physiquement agressif ? Est-ce que vous avez la main un peu leste ? » On peut aborder plus facilement avec des gens qui reconnaissent avoir un problème avec l'alcool, ça m'arrive de leur demander à ce moment-là, c'est vrai. Sur d'autres personnes, c'est pas évident de creuser la consultation là-dessus. C'est important, mais je pense qu'on aurait besoin d'être formés aux questions à poser aux maris qu'on suspecte d'être violents.

Q - Et si le patient te tend la perche, est-ce qu'après, tu sais à qui l'orienter ?

35 - Alors là, pour les hommes je suis beaucoup plus embêtée. Je ne sais pas trop vers qui les orienter. J'essaie toujours de faire en sorte que, globalement, la situation sanitaire à la maison s'améliore. Je fais en sorte que lui, soit moins fatigué, irrité, et colérique, parce que des fois, il y a tout un ensemble de choses qui s'accumulent, et je me dis : « Bon, il faut qu'on pose un peu les choses, qu'il se pose un peu, qu'il se calme un peu, voir un peu, si

dépression, si d'autres choses ». Ca, je peux le faire, mais après, au niveau coordonnées, pour ces maris violents qui me tendent une perche, je ne sais pas du tout à qui les orienter.

Q - On va revenir sur les femmes. A ton avis, qu'est-ce qui fait que les femmes ne se plaignent pas spontanément, ou rarement, ou longtemps après, après de longues périodes de violences ? Pourquoi les femmes ne viennent pas plus tôt ?

36 - Parce que, je pense qu'elles les aiment quand même, ces maris-là, c'est quand même des gens qu'elles ont choisis, dans un sens. A la base, elles ont choisi cet homme-là. C'est difficile de se rendre compte que soit il a changé, soit qu'on a fait erreur. Ca ne doit pas être évident de se rendre compte de ça et de le reconnaître et de l'admettre. Il y a le fait qu'elles ont souvent des enfants, et c'est compliqué aussi d'imaginer... gérer une situation de séparation, de se mettre à l'écart, de pouvoir avoir les enfants avec soi, d'être sûre qu'il ne reste pas.....et qu'il puisse en même temps voir.... Ca doit être assez compliqué à gérer pour elles, d'imaginer gérer ce genre de situation.... Certaines sont aussi dépendantes économiquement... celles qui ne travaillent pas du tout, le seul revenu, c'est celui du mari ; le jour où elles vont décider d'en parler et de dire que c'est pas normal, et d'essayer de partir, elles n'ont rien du tout comme revenu. Ce sera, c'est sûr, plus compliqué à gérer, elles vont d'autant plus attendre pour ça, parce que c'est difficile d'envisager la situation économique et sociale sans conjoint. Au

niveau des religions, je pense que, dans certaines religions, dans certains milieux très religieux, c'est pas évident de s'extraire de son couple, c'est mal vu de le dire, d'en parler, et de se séparer, je pense. C'est des freins pour qu'elles viennent nous en parler et consulter. Je ne sais pas, mais j'imagine en tout cas.

Q - Pour terminer, qu'est-ce qui te manque et qu'est-ce qui pourrait t'aider pour être plus performante dans le dépistage ?

37 - Ben voilà, c'est surtout ça : j'aimerais être formée sur le dépistage, rien que ça. Parce que trouver des questions « bateau », ça paraît simple comme ça et ça ne l'est pas. Trouver des façons, des formulations pour demander des choses, que ce soit au mari que l'on suspecte d'être violent ou aux femmes, ou même en systématique à l'un ou à l'autre, systématique en consultation, je trouve que c'est pas hyper évident de trouve une formulation qui soit neutre et peu agressive. Jusqu'à présent, c'est ce qui m'a manqué. Pour l'instant, je ne trouve pas de formulation qui me convienne vraiment à leur dire. C'est surtout ça. On n'a pas besoin forcément d'énormes formations, on a besoin d'apprendre à le dépister et on a besoin aussi de voir... parce que je pense qu'il y a aussi des études, et qu'il y a des choses ... Je pense que je ne suis pas assez formée non plus sur les tableaux cliniques particulièrement évocateurs qui doivent m'alerter. C'est sûr que les bleus, tout ça, ça, c'est évident pour tout le monde quand c'est un endroit anormal, ça doit nous faire poser question. Mais je pense que sur des tableaux plus somatoformes, je pense qu'il y a des choses qui sont liées à la maltraitance et que j'en ai jamais entendu parler dans mes études, à part les bleus, on ne m'a jamais dit, effectivement : « Il faut dépister, si les femmes viennent pour des plaintes récurrentes, des choses comme ça ». Voilà, ça me manque un petit peu. Des situations à dépister, des situations qui doivent me faire prendre conscience que c'est peut-être ça. Et puis, les moyens de questionner, de dépister systématiquement, sans être trop incisif, intrusif, dans le vécu de couple des patients. Parce qu'on n'a pas non plus à être au courant de tout. C'est surtout ça qui manque. Les tableaux qui doivent faire vraiment douter et les questionnements, les façons de dépister sans être agressif.

Q - Et le questionnement systématique, mais vraiment systématique à toutes les femmes, c'est quelque chose que tu pourrais envisager ?

38 - Oui, je pense.

Q - Par exemple, en tant que remplaçante, quand tu ne les connais pas...

38 bis - Tout à fait, oui, ça ne me gênerait pas de glisser ça entre les vaccinations et les antécédents. Ca ne me choque pas. Si c'est une question assez.... Ca ne me choque pas, et moi, je pense que je pourrais le faire. La seule chose, c'est jusqu'à présent, je n'avais pas trouvé de formule qui m'allait bien, je la trouvais trop percutante, trop incisive, mais sinon, oui, je pense qu'on a plus intérêt à dépister systématiquement qu'à poser des questions juste aux femmes qui ont des bleus, parce que j'en ai laissé passer un certain nombre, je pense, malheureusement.

Q - Est-ce que il y a d'autres choses qui pourraient t'aider?

39 - Le jour où je m'installerai, je pense qu'il faudra que j'aie vraiment un mémo des coordonnées des associations locales pour ces problèmes-là, parce que, ça va bien un temps de faire sur Internet, mais je pense que c'est bien que je puisse avoir vraiment des choses très codées, très claires, quitte à aller, le jour où je m'installe, rencontrer les associations en

question, pour savoir comment elles fonctionnent et pouvoir expliquer effectivement comment ça se passe derrière.

Q - Connaître les choses un peu concrètement. pas juste dire...

40 - Oui.

Q - Est-ce que ça t'arrive d'en parler avec des collègues ? Tu travailles peut-être dans des cabinets de groupe, ou....

41 - Ca ne m'est pas arrivé. Je pense que ça pourrait arriver, je ne pense pas que ça soit un tabou, c'est juste que..... Quand ça s'est passé, quand j'ai eu à y faire face, c'était dans des situations où j'étais en cabinet toute seule et il n'y avait pas d'autre personne. Ca me paraîtrait tout à fait envisageable d'en parler en groupe de pairs ou en cabinet de groupe. Ca ne me paraît pas tabou d'en parler avec d'autres collègues, de prendre leur avis sur la question ou de voir comment ils font. Confronter comment on peut faire pour améliorer.

Q - Nous, on s'est intéressées aux différentes procédures en Europe aussi. En suisse, ils ont créé une consultation dédiée, c'est pour toutes les violences, mais qu'est-ce que tu penses d'une consultation comme ça ? Est-ce que tu penses que ce serait une bonne idée ? Est-ce que ça te faciliterait les choses ?

42 - Oui, je pense que ça peut être une bonne idée. Néanmoins, je pense qu'il y aura toujours en première ligne les médecins traitants, donc ça ne dispense pas de dépister, parce que les femmes ont du mal à faire le pas, à franchir le pas, déjà avec nous, elles auront encore plus de mal à aller le faire dans une consultation dédiée. Après, nous, pour les adresser, finalement ça revient à faire ce que font les associations. Une fois qu'on a les coordonnées des intervenants locaux pour ça, je pense qu'on peut le faire aussi. C'est vrai que ça peut simplifier les choses au niveau organisation, mais par contre, je pense que ça n'empêche pas.... Notre rôle sera toujours le même et celles qui ont des réticences en auront toujours. Alors ça, ça ne changera pas forcément. Sur l'organisation, ça peut aider à ce que

ce soit assez codifié. Ca pourrait être un plus, mais ça ne me paraît pas complètement indispensable. Je pense qu'il faut surtout former les généralistes à mieux les dépister. On n'est vraiment pas bons. En tout cas, moi, je ne me sens vraiment pas bonne. Je pense qu'elles viennent souvent voir pour autre chose et ça sort à ce moment-là. Après, celles qui veulent effectivement en parler, sur une consultation dédiée qui peut centraliser, être spécialisé dans le relationnel sur ça, c'est important, mais c'est pas le plus indispensable. En premier lieu, il faudrait vraiment former les généralistes à ça.

Q - Autre chose à ajouter ?

43 - Ben non. Je ne suis pas sûre que j'aie eu beaucoup d'expérience à apporter, mais je pense que c'est important de s'améliorer là-dessus.

- Eh bien, merci beaucoup.

RETRANSCRIPTION de l'entretien avec P17

Q - Donc, pour commencer, est-ce que tu as un souvenir de la campagne de 2010 ?

1 - Euh, non. Si, oui, si, j'ai vu de temps en temps des clips qui ressortent régulièrement sur Internet, et je pense que ça vient de cette campagne-là.

Q - Et tu ne te rappelles pas avoir été impliquée en tant que médecin à ce moment-là ?

2 - Si, parce qu'à l'époque j'étais au Club des Remplaçants avec SANOFI et du coup, il y avait eu une formation d'une soirée, comme ça, avec des gendarmes, des flics de Grenoble, et puis une psychologue. Je réfléchis, ça devait être en 2010, oui.

Q - A ton avis, dans ta patientèle, actuellement, quelle est l'importance des violences conjugales ?

3 - En pourcentage ? En quoi ?

Q - Oui, en pourcentage par exemple.

4 - Euh ..... Je dirais... C'est dur à dire, mais je dirais 60%.... C'est beaucoup, quand même.

Q - 60% ?

4 bis - Oui, je dirais ça. Sachant que je ne demande pas non plus à tout le monde, mais c'est vrai que j'ai beaucoup, beaucoup de jeunes parents et comme c'est une période un peu sensible, on va dire, dans la vie familiale, c'est rare qu'il n'y ait pas justement des violences, quelles qu'elles soient. Et puis après, j'ai des grand-mères qui effectivement subissent la violence de façon régulière, mais bon, qui sont un peu coincées. Oui, je pense, 60%. Voilà.

Q - Et plus des violences psychologiques, ou plus des violences physiques ?

5 - Plus des violences psychologiques, effectivement, surtout chez les jeunes, et puis sur les plus âgées, ça peut être aussi des violences physiques ou financières.

Q - Et par exemple, sur un mois, en termes de nouveaux patients que tu vas détecter, est-ce que tu arrives à quantifier ?

6 - Non. Je ne pourrais pas dire.

Q - Ca, c'est plus compliqué. D'accord. Et les conséquences en termes de répercussions sur la santé des victimes ?

7 - Quand c'est comme ça, du post-partum, en fait, du coup, ça favorise la dépression post-partum, donc, effectivement ça pose problème au niveau de la santé psychologique. Après, au niveau des gens plus âgés, sur des choses comme ça qui sont quand même très anciennes, il y a plus des symptômes dépressifs un peu larvés, ou d'autres choses, des algoneurodystrophies, des choses comme ça, qui n'arrêtent pas de se reproduire. Voilà.

Q - Et tu parlais du post-partum, pour toi, c'est une période plus à risque ?

8 - C'est une période où ça ressort, en fait.

Q - Ca va être confié à ce moment-là ?

9 - Ca va être confié et justement, souvent c'est pour les premiers enfants, c'est une période où il y a toute la dynamique du couple qui va changer, et en particulier, les maris, c'est difficile pour eux justement de voir que la femme va se tourner vers son enfant, et du coup, ça leur pose problème et c'est souvent là que ça ressort, à ce moment-là. A ce moment-là, ils se détournent ou ils sont très intrusifs. Enfin, il y a vraiment une difficulté à ce moment-là.

Q - Pour toi, quelle est la place, quel est le rôle du médecin généraliste face aux violences conjugales ?

10 - La dépister, écouter, l'écoute, surtout.

Q - Et comment tu t'y prends pour dépister ? Tu poses des questions ?

11 - Oui, je demande, ou ça vient tout seul. A force de discuter, ça finit par venir.

Q - C'est quand les patients te présentent des symptômes particuliers ou des plaintes particulières ou.... ?

12 - Non, pas spécialement. Dans le post-partum, en général, quand elles viennent pour une raison ou pour une autre, je commence par dépister la dépression post-partum, et une fois qu'elle est dépistée, je demande la place du mari, qu'est-ce qu'il fait là-dedans. En fait, à ce moment-là, ça ressort. Et puis après, pour des patientes plus âgées, c'est plus des moments où elles ne vont pas être bien. Du coup, je leur pose la question : « Comment ça se passe en famille ? » et après il y a des choses qui ressortent à ce moment-là.

Q - Est-ce que pour toi, il y a des femmes qui sont plus à risques que d'autres ?

13 - Ben, les femmes qui viennent d'avoir un bébé déjà, et puis après, celles qui ne travaillent pas sont soumises à une pression financière particulière. Sinon, non.

Q - Est-ce que ça t'arrive de pratiquer le dépistage systématique ? C'est-à-dire, à toutes les femmes ? On prend les antécédents, ...

14 - En général, je leur demande toujours comment ça se passe dans la famille. S'il n'y a pas des tensions. En général, je ne vais pas jusque-là. Si elle vient pour un rhume, une angine : « Comment ça se passe et tout ? Est-ce que la famille, ça va et tout ? ». Si après il y a des choses, des bleus, des choses comme ça, ou si j'ai l'impression de bizarreries dans ce qu'elles me disent, des choses un peu floues, j'irai leur demander carrément : « Est-ce qu'il vous tape ? Est-ce qu'il vous bat ? Vous avez été poussée ? », tout ça. En général, quand je pose la question comme ça, c'est rare que j'aie des réponses positives. En général, elles disent : « Non, non ». Je laisse tomber, parce que je me dis, s'il y a quelque chose, au moins elles savent qu'elles peuvent en parler. Voilà. Pas la peine non plus de creuser tout ça, si elles ne veulent pas en parler, ça ne sert à rien. Du coup, je lance la perche, on va dire, et puis je sais qu'après elles pourront revenir éventuellement m'en reparler. Et effectivement, quelques-unes vont revenir ensuite et qui, à l'occasion, vont parler de ça. C'est plus une approche très globale.

Q - Une question plutôt générale pour tout le monde et puis un peu plus précise s'il y a des trucs un peu bizarres. Et à quel moment de la consultation tu vas poser cette question ?

15 - N'importe quand, quand j'ai l'idée.

Q - Le rôle du médecin généraliste, tu m'as dit : dépister, écouter. Après, ton rôle s'arrête là ?

16 - Après, je peux les orienter vers des associations, je les oriente aussi à porter plainte s'il y a lieu de porter plainte, si je sens que ça va le faire. Même si je sens que ça va pas le faire, au moins je leur en parle, je leur dis que c'est illégal, que c'est interdit, que c'est aggravé par le fait que ce soit entre époux, entre conjoints et du coup, après, je leur dis de porter plainte. Si vraiment c'est un truc où il faut vraiment porter plainte : « Je vous fais le certificat, vous en faites bien ce que vous voulez, mais au moins, voilà. Réfléchissez-y ». Et puis sinon, j'essaye de tâter le terrain, si c'est comme ça, il faut quand même porter plainte. Ou alors faire une main courante, ça dépend un peu de l'ambiance familiale.

Q - Tu sais expliquer aux femmes les démarches à faire, la différence entre « main courante » et « porter plainte » ?

17 - Oui, je connais la différence. Puis je sais aussi, quand on porte plainte, du coup il va y avoir une enquête qui va se faire, donc, du coup, ça va être encore plus difficile pour la femme qui est dans sa famille. Donc, voilà, je leur explique un peu ça, et puis après je les oriente. Sur Sassenage, on a un avocat aussi qui est là gratuitement, une fois par semaine. Si vraiment c'est difficile, je les oriente vers l'avocat ou l'assistante sociale pour qu'elle puisse aussi donner des renseignements plus précis. Et puis sinon je leur dit : « On essaie de trouver la solution ».

Q - Donc, comme premier recours, ça va plutôt être l'assistante sociale et l'avocat ?

18 - Non, je vais plutôt les inciter à porter plainte. Après, si vraiment elles ne veulent pas et que c'est pas possible du tout, je vais aller les orienter vers une assistante sociale ou un avocat. J'en avais une qui était partie de chez elle avec ses enfants et qui n'avait pas fait du tout de déclaration. Ca faisait un peu abandon de domicile, alors je lui disais : « Faut quand même vous méfier, parce que votre mari peut porter plainte contre vous parce que vous êtes partie avec les enfants. Il faudrait que vous passiez à la gendarmerie dire que vous êtes partie du domicile parce qu'il vous fait peur, parce que ci, parce que ça. Au moins faire une déclaration comme ça ». J'essaie toujours de les orienter vers un truc un peu légal, un peu officiel. Et puis après, elles sont dans la merde, du coup je les envoie ensuite à l'assistante sociale et puis à l'avocat pour gérer ça. Après, si elles ne veulent pas porter plainte, du tout, du tout, j'essaie de trouver une autre solution pour qu'elles puissent avoir un deuxième avis.

Q - Et les associations qu'il peut y avoir sur Grenoble, est-ce que tu les connais ?

19 - Je les connais, mais pour dire les noms, je n'y arriverais pas, donc en fait, je vais sur Internet pour les rechercher.....(interruption de l'entretien)

Q - Tu sais qu'il y en a, mais tu ne sais pas trop les identifier.

19 bis - Oui, voilà. Il faut juste que j'aille chercher sur Internet.

Q - Qu'est-ce que tu identifierais comme frein qui pourrait te bloquer pour dépister ces femmes ? Est-ce que tu identifies des difficultés particulières ?

20 - Euh.... Non. Si le mari est là, si les enfants sont là, aussi, mais sinon....

Q - Sinon, tu ne te sens pas gênée de poser la question ?

21 - Ah, non.

Q - Il n'y a pas des fois une question où tu manques de temps ?

22 - Non, non. Ca, c'est pas un problème, le temps. Mais, par contre, c'est vrai que souvent les femmes viennent pour leurs enfants et rarement pour elles au final. C'est vrai que c'est difficile. Devant les petits nourrissons, ça ne pose pas problème, pour les plus grands elles vont être un peu distantes.

Q - Pas de problèmes émotionnels pour toi à gérer ce genre de consultation ?

23 – Non, sauf si vraiment elles me racontent des choses qui sont épouvantables.

Q - Est-ce que tu as déjà eu des mauvaises expériences antérieures où tu as pris en charge une femme et ça s'est retourné contre toi ? Ou tu aurais eu des problèmes ?

24 - Non.

Q - Par rapport aux femmes que tu dépistes, donc tu en parles avec elles, tu les écoutes, qu'est-ce que tu penses de l'évolution par la suite ? Est-ce que tu vois des changements, est-ce que..... ?

25 - Ca dépend. Ca peut. Il y a des femmes qui partent, avec leurs enfants, et du coup elles font les choses un peu séparément. Après, ce qui est super compliqué, c'est au moment du divorce, au moment du partage, parce que c'est assez long, c'est chiant. Les maris sont souvent très présents en train de leur casser les pieds tout le temps et pourtant ils sont censés être partis du domicile. Ca, ça ne change pas. Mais une fois que le jugement est prononcé, elles soufflent et ça va mieux, bien que ce soit encore difficile, après, pour elles, par rapport à la garde des enfants. Souvent, elles n'aiment pas trop, ça leur déplait que le mari garde les enfants. A un moment donné, elles ont fait un gamin avec lui, il faut qu'elles assument. Et puis sinon, c'est plus cette démarche-là qui est un peu difficile. Et puis après, une fois que c'est tout passé, ça va quand même nettement mieux. Et puis après, j'ai donc des patients beaucoup plus âgés, chez qui le mari imposait des choses. Je m'en souviens d'une, en fait, son mari lui imposait des rapports multiples, parce qu'il disait que c'était comme ça qu'on faisait maintenant, que c'était la mode actuellement. Moi, je lui ai dit : « Ben non, c'est pas comme ça que ça se fait ». Donc, je l'ai envoyée chez une psychologue, et du coup elle a beaucoup travaillé et elle a réussi à imposer à son mari de ne plus le faire. Pour autant, elle est toujours avec lui, et il y a toujours un peu des choses.... Mais elle a réussi quelque chose qui l'incommodait, ce qui est plutôt sympa. Après, il y en a d'autres, il n'y a pas de solution. Parce qu'elles n'ont pas les moyens, elles ne peuvent pas partir. Si par hasard, elles partent, même si elles ont la moitié, souvent elles sont sous le régime de la communauté de biens, souvent elles ont la moitié des choses, et elles me disent : « Oui, mais moi, je vais faire comment, je n'ai pas de retraite, je n'ai jamais travaillé ». Donc, pour elles, c'est compliqué. Donc, elles, je les oriente plutôt vers l'assistante sociale pour essayer de faire le point sur ce qu'elles peuvent avoir, quel pourrait être leur salaire. Souvent elles n'en ont pas la moindre idée. Voir ce qu'elles pourraient avoir au final. Après, elles le font, elles ne le font pas.... Après, c'est aussi à elles de le faire. On n'est pas là non plus pour les obliger à faire les choses. Ce que je pense en tout cas en tant que généraliste, le boulot, c'est vraiment d'écouter. Marquer quand nous on trouve que c'est pas normal et puis les orienter ensuite pour qu'elles fassent des choix. Après, si elles ne les font pas. C'est à elle de les faire aussi.

Q - Et des fois, tu te sens en difficulté ou frustrée, de voir que tu t'es démenée pour donner des clefs aux dames ?

26 - Non, ça, c'est leur problème, c'est complètement leur problème. Moi, je leur donne les clefs, et après, qu'elles les utilisent ou ne les utilisent pas, c'est elles qui font ce choix-là.

L'essentiel, c'est que moi je les ai informées. D'une part, que c'est pas normal qu'on les tape ou qu'on les humilie. C'est vraiment une information que je leur donne, que je leur redis. Après, je les oriente. S'il y a besoin de les réorienter ou de leur redire les choses ou de redonner les numéros de téléphone, je les redonne, etc... Mais moi, mon implication s'arrête là. Si elles décident de ne rien faire, c'est leur choix et puis voilà. Après, c'est comme ça pour tout et entre autres, elles ont des grandes phases de déni, et puis tout d'un coup elles vont vouloir faire quelque chose et puis après, le mec va être tout cool, et ça va recommencer. Elles vont se dire : « Ah ben finalement, il a changé », et puis elles vont recommencer. C'est comme ça. Moi, si je suis contrariée si elles se remettent avec, je m'en sors plus. C'est vraiment leur problème à elles. Moi, je suis là pour les orienter, mais je ne suis pas là non plus pour les obliger à le faire. Elles sont majeures. Le mec n'est pas devenu comme ça du jour au lendemain. Même si ça se déclare au moment de l'accouchement, c'est vrai qu'il y a quelque chose qui apparaît à ce moment-là, souvent il y a des trucs avant qui leur disent qu'il n'était pas le prince charmant non plus. Voilà. Elles choisissent de faire ça, elles font un enfant, des fois elles en font deux, des fois elles en font trois avec le mec. A un moment donné, il faut qu'elles fassent leur choix. On ne peut pas non plus.... qu'elles assument complètement. Ce n'est pas possible.

Q - Est-ce que ça t'est déjà arrivé d'avoir une patiente pour qui tu aurais douté de ce qu'elle te raconte ?

27 - Oui. En fait, quand elles me disent des trucs, en général, je ne doute pas. Enfin, ça ne sert pas à grand chose de douter, en fait. Si elle me dit un truc, et moi je doute, ça ne change rien. Enfin, des fois, c'est vrai, je me dis : « Est-ce qu'elle me dit la vérité ? » J'en sais rien du tout en fait. C'est pourquoi, les certificats, je les fais toujours en disant : « la patiente me dit que ». Je ne fais jamais des certificats autres que très neutres. Voilà. Donc, après, quand elle me dit quelque chose, je réagis en fonction de ce qu'elle me dit. Elle me dit, j'y crois, j'y crois pas, à la limite, ce n'est pas mon problème. L'essentiel, c'est que je les oriente et puis que je leur dise : « Ecoutez, ça, c'est illégal, il ne faut pas le faire », et puis voilà. Ensuite, qu'elle me mente, c'est son souci à elle. Le seul truc qui pourrait être embêtant, c'est si je faisais un certificat en disant : « je certifie que son mari la bat ». Si je faisais un certificat comme ça, qui serait tout à fait illégal, je serais dans l'erreur à faire une chose pareille, je ne le fais pas. Même pour celles que je crois à fond, c'est pas la question de croire ou pas, c'est pas la question. Dans la relation thérapeutique que j'ai avec elles, elles me disent des choses et puis voilà. Qu'elles aient envie de le dire pour une raison ou pour une autre, ça les regarde elles, elles me disent les choses, même si ce n'est pas vrai, elles ont eu envie de le dire à ce moment-là, pour une raison x ou y que je saurai pas et dont je me moque complètement, en plus. Et l'essentiel, c'est de les avoir écoutées, d'avoir écouté leurs paroles, parce que je sais que, même si ça ne m'est jamais arrivé, vraiment de douter, moi, à partir du moment où moi, je me protège en faisant des certificats comme il faut, sans risques pour qui que ce soit, et sans risques pour les enfants ou le mari. Vraiment des choses très neutres. L'essentiel, c'est qu'elles aient entendu, qu'elles soient écoutées. En fait, si elles font ça, c'est quand même qu'elles sont quand même assez insécures, et c'est qu'à un moment donné il y a peut-être quelque chose d'intéressant, pas forcément dans la relation du mari, peut-être aussi dans sa relation quand elle était plus petite, ou il ya peut-être autre chose.... Des choses qui vont un jour ressortir et qu'elle pourra me dire, parce qu'elle sait que je saurai écouter. Après, que je la croie ou pas, je m'en fous, en fait, ça ne rentre pas en ligne de compte.

Q - Ca ne te gêne pas....

27 bis - Alors là, je m'en fous complètement. Elle me dit, moi, je fais des choses, par contre je les fais légalement. Jamais faire des choses en plus ou des choses illégales ou des certificats tout pourris. Ca, je ne ferais pas ça. Et si elle me demande un arrêt de travail de trois ans, je ne le ferai pas. Effectivement, je vais peut-être l'arrêter si elle a un gros bleu, mais ça restera dans la légalité. En fait, je lui ferai vraiment en mon âme et conscience, et à la fin, qu'elle ait menti ou pas menti, c'est son problème, ce n'est pas le mien.

Q - Est-ce que tu te rappelles d'une situation qui t'aurait particulièrement marquée, une situation où tu aurais dépisté des violences et est-ce que tu peux me la raconter et me dire un petit peu ce que tu avais ressenti à ce moment-là, et comment tu as géré les choses ?

28 - L'avantage, c'est que j'oublie pas mal les trucs. Du coup ces histoires-là, j'essaie qu'elles ne me marquent pas trop, du coup, quand elles sont passées, après, je les oublie. Il y en a plusieurs, mais comme ça, en trouver une.... Peut-être celle du mari, celle de la femme qui avait eu tous ces amants. Il voulait qu'ils fassent un couple libre, lui pouvait coucher avec qui il voulait, et puis elle, elle devait coucher avec qui elle voulait. Même si elle ne voulait pas. Voilà. A l'époque, c'était une femme qui était déprimée, qui n'allait pas bien. J'avais vu son petit-fils pour une autre raison, et du coup, elle était revenue me voir alors qu'elle n'habite pas du tout ici, et puis elle avait commencé. Elle était déprimée, elle n'allait pas bien, et donc on avait un petit peu creusé, et au final, elle m'avait dit ça, que son mari lui disait que c'était comme ça, depuis mai 68, voilà. Du coup, il y avait à la fois violence psychologique chez une femme qui ne travaillait pas, donc qui n'avait pas du tout de moyens de partir ni quoi que ce soit, puis qui aimait son mari, il faut le dire. C'est vrai que ça m'avait marquée, parce que je m'étais dit que lui, il lui avait fait croire des choses, elle, elle était quand même pas con. Elle vit dans la vie de tous les jours, elle regarde la télé. Je trouvais ça curieux, qu'elle puisse penser que tout le monde faisait ça, même si effectivement, à la télé..... Ca m'avait paru un petit peu curieux. Et du coup, son mari lui disait : « Si tu ne penses pas comme ça, c'est que tu n'es pas à la mode, les jeunes sont tous .... » En fait, il l'enfonçait, et donc je me souviens que je lui avais dit : « Vous savez, ça me choque, ce que vous me dites, je trouve que c'est pas normal ». On n'était pas du tout parti sur le truc de porter plainte. On avait dû en parler à un moment donné, parce que je lui avais dit : « Si vraiment il vous oblige, faut vraiment porter plainte ». On avait évoqué ça à un moment donné, mais la question, ce n'était pas ça, c'était plus la question qu'elle souffrait de cet état de fait et que son mari lui imposait ça. Donc, elle, je l'ai adressée à une psychologue. Et à force de voir la psychologue, la psychologue lui a redit ce que je lui avais dit, que ce n'était pas normal, que c'était choquant et du coup, elle avait pu sortir de là. Elle est toujours avec son mari, parce qu'elle l'aime, et puis qu'en dehors de ça, il n'était pas plus..... Voilà. Pour donner un exemple, mais il y en a tellement, que ....

Q - Est-ce que tu te souviens d'une des premières fois où tu as eu à prendre en charge ce genre de problème ?

29 - Non, franchement pas. Parce que, c'est rare que le type tabasse sa femme et qu'elle vienne ici. Finalement, j'en ai très peu qui viennent me voir pour un certificat de coups et blessures, ou alors c'est qu'ils ont déjà enclenché la.... Ils ont déjà fait ça auparavant ou alors ils viennent me voir après, au moment du divorce. Mais, à chaque fois, c'est des choses qui sont extrêmement subtiles, en fait. Donc, c'est dur de dire la première fois, c'est toujours maltraitance à la femme, mais c'est pas du style paire de baffe. C'est plus de la maltraitance psychologique, et il y en a tellement que je ne saurais pas me souvenir.

Q - Est-ce que, depuis le début de ta carrière, tu as remarqué que tu as progressé dans ce domaine-là? Est-ce qu'il y a des choses où tu te sens plus à l'aise ?

30 - Ce que j'avais bien aimé, c'est la formation que l'on avait eue le soir, ce fameux soir, avec le Club des Remplaçants. Ca avait été vraiment bien, parce que, du coup, ils nous avaient expliqué, justement, tout ce qu'étaient les cycles de la violence, le fait que ça tournait en cycle. Et j'avais trouvé ça vraiment intéressant. Ca permet de relativiser aussi les choses, de se dire : « A un moment donné, ça va finir par s'arrêter ». Et puis, ça permet de prendre un peu de recul par rapport à ça. Le recul, c'est peut-être quelque chose que je n'avais pas au départ et que j'ai beaucoup plus maintenant. C'est ce qui est vraiment très important sinon, on ne s'en sort plus. C'est les gens que je croise. J'habite ici, donc en fait c'est des gens que je croise. Je croise leurs enfants, je croise leurs maris, donc, du coup, c'est quelque chose qui est compliqué pour moi parce qu'en général je soigne toute la famille et il faut vraiment que je prenne du recul par rapport à ça. Et l'avantage, c'est que j'oublie vite, et du coup, je peux tout à fait les croiser sans y penser, absolument pas, pareil quand c'est le mari. Et ça, je dois dire que c'est bien. C'est une manière de se protéger un petit peu, de ne pas être envahie. Autant, au début, ça m'embêtait, parce que quand je croisais les gens dans la rue, me souvenir de leurs noms, me souvenir de ce qu'ils avaient, c'était impossible, alors que, eux, ils sont là ..... Ils ne sont pas chiants, ils ne me prennent pas trop la tête, ils sont super sympas, mais ce que je veux dire, c'est qu'au départ, j'étais un petit peu embêtée parce que je n'arrivais pas trop à les replacer. Je me suis installée il y a trois ans. Maintenant, je les replace plus, parce que je connais toute la famille, mais même des fois, ma mémoire fait que je n'arrive pas à me souvenir des prénoms des enfants, j'arrive pas. Même les miens, je n'arrive pas à me souvenir de leurs prénoms, alors, autant dire. Du coup, cet oubli-là autrefois m'embêtait plus. Maintenant, je trouve que c'est plutôt sympa, parce que, du coup personne ne m'embête plus que ça.

Q - Est-ce que le fait de connaître toute la famille, c'est plus compliqué pour prendre en charge les violences ?

31 - Ben, c'est sûr que c'est plus compliqué. On voit le mari d'un coté et la femme de l'autre, et c'est pas très évident. Ca fait faire le grand écart entre les deux, c'est pour ça qu'il est vraiment important, du coup de ne pas du tout prendre parti, en fait. Faut vraiment faire les choses le plus neutre possible. Et puis, les gens le savent, quand je vois les deux, qui continuent à venir me voir alors que pourtant, j'ai fait des certificats pour l'un, des certificats pour l'autre, ça veut dire qu'ils voient que, voilà , c'est quelque chose de neutre. Ils me demandent un avis professionnel, je leur donne. Ca s'arrête là. C'est pas du tout une implication personnelle et je pense qu'à partir de ce moment-là, ça va.... Après, c'est sûr que ça peut poser problème. Et puis, si je vois que ça peut être un peu tendancieux, que vraiment je ne vais pas y arriver, il y a un moment donné, je leur dis : « Il faudrait..... » Une fois, j'ai failli demander aux gens : « Ecoutez, il faudrait que l'un de vous trouve un autre médecin, parce que ça va ne plus être possible ». Puis, finalement, c'est rentré dans l'ordre. Non, finalement, ils se sont séparés, et du coup, je les vois séparément. Ca va, en fait. Mais c'est pour ça qu'il faut absolument ne pas prendre parti, jamais dans ces cas-là.

Q - Est-ce que ça t'arrive de dépister les hommes violents, c'est-à-dire, dans les hommes que tu peux avoir en consultation, de .... ?

32 - De demander si eux, ils sont violents ? Oui, ça m'arrive. Certains viennent parce qu'ils sont déprimés ou pour des raisons autres, et donc, je vais leur demander. Je vais leur dire : « Mais est-ce que vous vous sentez, - même à des femmes violentes -, est-ce que vous vous sentez agressive avec vos enfants ? Est-ce que vous vous sentez agressive avec votre

mari ? Est-ce que des fois le geste dépasse la pensée ? » Alors là, on est plus du coté du physique que moral, j'aurais plus de mal à lui dire : « Est-ce que vous humiliez votre femme ? » C'est un

truc qui sera plus difficile à demander pour dépister. Par contre : « Est-ce que vous les tapez ? Est-ce vous vous sentez agressif ? », ça, je demande.

Q - Et dans quels cas, par exemple ?

33 - Pour les hommes ?

Q - Pour les hommes.

34 - C'est-à-dire, je leur pose la question. Pour les femmes, toujours en post-partum, et les femmes qui dépriment un peu, même plus tard, celles qui ont des grands enfants. Je leur demande, si elles se sentent agressives. Mais dans ce cas-là, je vais plutôt orienter ça vers les enfants, parce que ma priorité c'est quand même de protéger les enfants. Donc, du coup, je vais d'abord demander pour les enfants, si elles se sentent agressives et une fois que l'on a travaillé ça : « Et puis pour votre mari, comment ça se passe ? Qu'est-ce qu'il pense ? » Elles me disent : « Ben oui, il me trouve agressive, il me trouve nerveuse ».

Q - Mais vous allez demander à tous les hommes ? Ou quand il y a des symptômes particuliers ?

35 - Quand il y a des symptômes, oui, je ne demande pas à tous les hommes. Sinon je ne vais plus en voir du tout. Quand ils sont déprimés, en général, quand ils ne sont pas bien, quand ils viennent me voir et qu'ils ne sont pas bien. S'ils viennent me voir pour une angine, je leur demande : « Comment ça va au boulot ? Comment vous vous sentez ? », sans plus.

Q - Les femmes finalement se confient peu, c'est à nous d'aller chercher les informations sur la violence. A votre avis, pourquoi ?

36 - Je ne dirais pas ça, moi. Elles se confient plus, elles se confient plus que les hommes. Les hommes, quand ils vont le dire, c'est vraiment quand ils sont à bout, quand ils n'en peuvent plus. Les femmes parlent volontiers de tout ça, quand on commence, quand on met le doigt dessus, elles parlent sans s'arrêter. Moi, mon truc, c'est vraiment la dépression du post-partum. Je vois beaucoup de jeunes mamans et je suis leur bébé. Comme il y a une visite tous les mois, du coup, je les vois beaucoup. Du coup, on a vraiment le temps de dépister les choses, de demander : « Comment ça va ? Comment ça va ? », jusqu'à ce qu'elles finissent par craquer. Parce qu'en fait, mon expérience de la dépression du post-partum, c'est quand même 80% des femmes. Donc, du coup, je sais qu'elles vont craquer à un moment donné, quel que soit le moment, elles vont le faire dans les six mois des visites, ou sinon elles le feront plus tard, mais en général j'essaie de le faire faire avant, parce qu'au moins c'est fait. Quand j'arrive à voir à ce moment-là, qu'elles commencent à dire : « Je ne me sens pas bien dans le rôle de mère », quand elles arrivent à dire ça, en fait, là, elles vont dévider le truc. Là, ça ne va plus s'arrêter. Elles vont vraiment tout dire, et souvent le mari qui n'est pas là, le mari qui s'en fout, le mari qui les oblige... Eux, ils travaillent, donc, elle a bien le temps de faire le ménage. Tout ça qui se relance et qui sort à ce moment-là. C'est surtout là, moi, que je les vois. Après, plus tard, c'est plus pour les dépressions, les choses comme ça, c'est un petit peu différent. Mais c'est vrai que moi, ma patientèle, c'est beaucoup d'enfants, c'est beaucoup ça.

Q - Est-ce que tu penses que du fait que tu sois une femme, tu es plus sensibilisée à ce problème-là ?

37 - Certainement.

Q - Du coup, tu dépisterais plus qu'un collègue masculin ?

38 - Moi, mon biais, c'est toujours cette fameuse dépression du post-partum, parce que, du coup, je la dépiste, je la cherche. Je cherche, parce que je sais à quel point c'est bien de la trouver. Parce qu'une fois qu'on l'a trouvée, le simple fait que les gens parlent, ça résout le problème. Même s'ils sont aux trente-sixièmes dessous, la semaine d'après, ils vont aller super bien. Du coup, c'est vraiment une chose importante, et je la cherche vraiment, parce que, pour ma part, je l'ai vécue. C'est quelque chose que je cherche absolument… C'est quoi la question déjà ?

Q – Si les hommes seraient moins sensibles, s'ils dépisteraient moins ?

39 - Ah, oui, je pense que oui. Moi, comme je cherche ça spécifiquement, après, je vais chercher ce qu'il y a en fait dans le cadre familial. Je vais chercher un peu tout. Pas que les hommes, c'est aussi la famille, les grands-parents. Tous ceux qui peuvent les maltraiter. Moi, je fais cette recherche-là, et cette recherche prend du temps. Le temps n'est pas un problème, c'est qu'en fait, j'ai l'habitude de prendre du temps pour ce genre de chose. Quand je vois que ça ne va pas aller, je prends du temps, ça me met en retard sur la consultation d'après, mais il y en a toujours une pour rattraper le coup, en fait. Donc, j'ai l'habitude de les faire parler, j'ai l'habitude d'arriver à ces informations qui sont quand même.... qui permettent de bien les orienter, et souvent qui résolvent bien des choses. Après, ça dépend du type de maltraitance. Par exemple, une dépression du post-partum, avec le mari qui n'est absolument pas présent, en général je les fais beaucoup parler, souvent ça permet de lever un peu la tête hors de l'eau, donc de voir les choses différemment. Après, je les oriente vers des psychologues, éventuellement au CHU, où elles vont beaucoup parler, parler de ça, et à force de parler, elles vont impliquer leurs maris différemment. Plutôt que d'attendre que ça arrive, en quelque sorte, elles vont leur imposer les changements, les choses comme ça. Donc, c'est sûr que le temps que j'ai, le temps que je leur donne à écouter, c'est quelque chose que je pense qu'elles n'auront pas forcément. Après, je ne sais pas. C'est sûr que si un homme, il a vécu une dépression du post-partum, ou si sa femme a fait une dépression post-partum, il va peut-être être aussi plus attentif. De toute façon, on cherche toujours plus, ce qu'il y a après, par rapport à la violence. Là, c'est le côté violences subtiles, hein. Ca pourrait n'être pas de la violence, ça pourrait être la façon normale de vivre en couple, finalement. Si on va par là, autrefois, c'est comme ça qu'ils faisaient. Donc, du coup, c'est plus des petites violences subtiles. Après, pour la violence plus « sportive », on va dire, je pense que le fait que j'écoute, quand les gens parlent et surtout sont déprimés, de les faire beaucoup creuser, ça, ça aide à arriver. Pour ça, il faut avoir du temps. Après, il faut chercher. Tous ne cherchent pas, mais je ne pense pas que ce soit une question d'homme ou de femme. Moi, mon côté femme, c'est plus ce côté-là, péri-partum, tout ça, c'est plus ça qui va me.... mon expérience personnelle qui m'oriente là-dessus. Après, par rapport à la violence, je pense que n'importe qui est capable d'entendre ça. J'en parlais un jour avec un kiné, dans le village à côté, et il me disait qu'il massait une bonne femme, et celle-ci lui disait que son mec l'obligeait à faire des partouzes, alors qu'elle ne voulait pas. « Je suis en train de la masser et elle me raconte ça ». C'est juste une question d'écoute, à mon avis. Si on n'a pas le temps et que ça roule, personne ne parle. Quand j'ai des internes ou des externes, souvent ça va

beaucoup plus vite. Ils vont beaucoup moins dire des choses devant les internes ou les externes que quand je suis toute seule et que ça va sortir et durer longtemps.

Q - Et c'est plus facile avec des femmes que tu connais déjà depuis un petit moment ?

40 - Non, c'est pareil.

Q - Pour terminer, est-ce que tu identifies des besoins pour améliorer ta pratique, en particulier du dépistage, est-ce que tu aurais besoin d'autres formations, ou celle que tu as eue te suffit ?

41 - Ben, elle était déjà pas mal. Ca permet de dépister, c'est pas mal. A la limite, ce qui serait bien, c'est de savoir exactement les tenants et aboutissants, quand on porte plainte, des choses comme ça, qu'est-ce que ça augure derrière pour de vrai. Parce que là, c'est des choses que j'ai sues après, comme ça, ou les aides que l'on peut avoir, les logements d'urgence, les choses comme ça. Les numéros de téléphone que l'on puisse avoir, pour avoir rapidement un logement d'urgence. Voilà. Des trucs plus urgents, quoi. Plus pratiques. Des logements, de l'argent.

Q - Parce que le dépistage, tu te sens à l'aise...

42 - Comme ça, ça me va. Parce que lorsqu'on a fait la formation, on pouvait signer un papier, et du coup ça nous faisait une espèce de certificat, et on était plus ou moins référent justement « violences aux femmes ». C'est les flics qui voulaient ça, en fait, des noms de médecins qui auraient eu cette formation, pour pouvoir éventuellement adresser les femmes battues. Mais ça, vraiment, non. C'est pas du tout ça. C'est ma clientèle que je veux dépister, mais pas du tout être le centre de ce genre de chose.

Q - Qu'est-ce qu'il pourrait y avoir, pour les médecins, pour mieux les aider à dépister et mieux prendre en charge ces femmes ? Un outil informatique particulier ?

43 - Ben, un site serait vraiment bien, un site accessible même à tout le monde, où on pourrait avoir toutes les références, toutes les associations, les logements d'urgence, quelque chose qui soit officiel.

Q - Officiel et puis local, pour trouver les informations utiles facilement.

43 bis - Local, oui, tout à fait. Ca pourrait être un petit bouquin, un formulaire, mais ça, ça se périme tellement vite. Mais c'est vrai qu'un site local qui permettrait de dire ça, ce serait vraiment génial.

Q - Et qu'est-ce que tu penses d'une consultation qui serait dédiée ? Qui pourrait avoir lieu, soit à l'hôpital, soit dans les quartiers, par un médecin ou une infirmière ou quelqu'un d'autre de référent, où, quand on dépiste une patiente, on l'adresse pour une prise en charge globale à cet endroit-là.

44 - Je ne sais pas si ça changerait grand chose. Ce qui est vraiment intéressant, c'est tout ce qui est assistante sociale.

Q - Mais ça pourrait être un endroit multidisciplinaire.

45 - Oui, ça, ça serait bien. Un peu comme des associations font, où il y a un psychologue, une assistante sociale, comme elles le font déjà. Il y a déjà ça. Moi, pour ma part, s'il y avait un truc au CHU, où faudrait orienter vers un médecin ou une infirmière, je ne sais pas

trop ce que ça apporterait en plus. Ce que je cherche, c'est ce qu'il y a dans les associations, un lien entre une assistante sociale dédiée à ça, plus un psychologue dédié à ça, plus un avocat dédié à ça. Ce qui est déjà.

Q - Ca n'aurait pas d'intérêt supplémentaire.

46 - Ce serait plus officiel si c'était au CHU.

Q - Est-ce que ça t'arrive d'en parler avec d'autres professionnels ? En groupe de pairs, par exemple ou avec des collègues avec qui tu travailles, ou des fois tu échanges sur certaines familles, l'un suit le mari, l'autre....

47 - Oui, ça arrive. C'est rare, mais ça arrive.

Q - Et en groupe de pairs, si le sujet tombe ?

48 - Effectivement, oui.

Q - Et c'est intéressant, il en ressort des choses ? Est-ce que tu aurais un souvenir de choses qui seraient ressorties en groupe de pairs, sur ce sujet-là?

49 - On a un groupe de pairs qui est vraiment tout récent, qui a trois ou quatre mois. On a parlé d'autres choses, mais pas de ça. Après, on a vu des histoires de famille, des choses comme ça. Mais c'est plus... du médecin de famille, sans plus.

Q - Est-ce que tu as quelque chose de plus à ajouter?

50 - Non.

Q - Bien, je te remercie.

7. BIBLIOGRAPHIE

[1] HENRION Roger, Les femmes victimes de violence conjugale, le rôle des professionnels de santé : Rapport au ministère chargé de la santé, Paris, La Documentation française, 2001, 47p.

[2] POYET-POULLET Arnaud, Le médecin généraliste face aux violences conjugales, évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire, Thèse d'exercice en médecine, université de Nantes, 2006, 76p.
http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/get.action;jsessionid=D41264E268800CE7745BD549A979920C?id=51cd5620-22e5-495e-8534-e358934d3014

[3] Déclaration de l'ONU sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes Résolution 48/104 de l'Assemblée générale du 20 décembre 1993. Article premier.

[4] HOFNER Marie-Claude, MIBOUBI-CULAND Sylvette, Le rôle des professionnel(le)s de l'action médico-sociale dans la prévention de la violence conjugale, Frauenfragen, 2008, p90-95.
http://files.chuv.ch/internet-docs/dgo/dgo-maternite-violence.pdf

[5] JASPARD Maryse et l'équipe Enveff, Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, Rapport final, Paris, Population et Sociétés, janvier 2001, n° 364.

[6] Ministère de l'Intérieur, Délégation aux victimes, Etude Nationale sur les morts violentes au sein du couple, année 2010.
http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_votre_service/aide_aux_victimes/violence-couple/downloadFile/attachedFile/morts_violentes_au_sein_couples.pdf

[7] Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe : Recommandation 1582 : Violences domestiques à l'encontre des femmes, texte adopté le 27 septembre 2002.

[8] KRUG E., DAHLBERG L., MERCY J. and Al. Rapport mondial sur la violence et la santé, Organisation Mondiale de la Santé Genève 2002.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf

[9] VASSELIER-NOVELLI Catherine, HEIM Charles. Les enfants victimes de violences conjugales. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n°36, 2006, p185-207.

[10] NECTOUX Marc, MUGNIER Claude, BAFFERT Sandrine, and Al. Coût des violences conjugales envers les femmes : les apports de l'enquête EVS à un chiffrage global pour la France, Violences et santé en France: état des lieux, Collection Etudes et statistiques, 2010, p221-234.
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/violence_sante_2010.pdf

[11] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ?, Saint-Denis La Plaine, ANAES, 2004, 68p.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf

[12] WILSON James M.G., JUNGNER Gunnar, Principes et pratique du dépistage des maladies, OMS Genève, 1970, 181p.

[13] Les avancées législatives relatives à la lutte contre les violences faites aux femmes, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale,
www.solidarité.gouv.fr.

[14] Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes, 2011/2013. 79p.

[15] BOUNOURE Alice, Les femmes victimes de violences conjugales face à leur médecin traitant: ententes et attentes. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de douze femmes, Thèse d'exercice de médecine, Strasbourg, 2010, 372p.

[16] AUBIN-AUGER L. and Al. Introduction à la recherche qualitative, Exercer, 2008 ;84 :142-5.

[17] BORGES DA SILVA G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie 2001 ;32 :2.

[18] COTE Luc, TURGEON Jean, Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine, Pédagogie médicale, 2002, vol 3, p81-90. http://clge.fr/IMG/pdf/grille_cote-turgeon.pdf

[19] LO FO WONG Sylvie H, DE JONGE Ank, WESTER Fred, and Al. Discussing partner abuse: does doctor's gender really matter? Fam Pract., 2006, p578-86.

[20] VAN DER MAREN Jean-Marie, La recherche qualitative peut-elle être rigoureuse ? Cahier de recherche n° 96~ 11-11, Novembre 1996.

[21] Le profil des personnes de 18 à 75 ans s'étant déclarées victimes de violences physiques ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint sur 2 ans lors des enquêtes «Cadre de vie et sécurité» INSEE-ONDRP de 2008 à 2012**.** INHESJ/ONDRP – Repères n°18 – Octobre 2012.

[22] ROMITO P, POMICINO L, LUCCHETTA C, SCRIMIN F, TURAN JM. The relationships between physical violence, verbal abuse and women's psychological distress during the postpartum period. J Psychosom Obstet Gynaecol, 2009.

[23] LAZIMI G. Enfants exposés aux violences dans le couple, La Revue du Praticien médecine générale, Tome 24, n° 851 du 29 novembre au 3 décembre 2010.

[24] WOIMANT Maguy, Modalités de repérage des patientes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes, Thèse d'exercice de médecine, Paris, UFR de médecine Pierre et Marie Curie, 2011, 76p.

[25] LAUGA PERROT Amélie, Le médecin généraliste face au dépistage et à la prise en charge des femmes victimes de violence conjugales : enquête réalisée auprès de médecins généralistes en Alsace, Strasbourg, Université de Strasbourg, 2009, 117p.

[26] SARAFIS Cécile, L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des Conseillères Conjugales et Familiales, Mémoire présentée en vue de l'obtention du diplôme universitaire de victimologie, Université René Descartes – Paris V, 2009, 38p.

[27] PELIZZARI Mélanie, Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Île-de-France, Thèse d'exercice de médecine, Paris, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, 2012, 109p.
http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/pelizzari_these.pdf

[28] ROMITO Patrizia and Al. Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion, Womens Health Issues, 2009.

[29] DUXBURY Fiona, Recognising domestic violence in clinical practice using the diagnoses of posttraumatic stress disorder, depression and low self-esteem, Br J Gen Pract., 2006, 56(525):294-300. Review.

[30] BELIN Isabelle, CANUET Hélène, Prise en charge par le médecin généraliste de la femme victime de violences conjugales, à partir d'entretiens réalisés auprès de médecins généralistes de Basse-Normandie, Thèse d'exercice de médecine, Caen, Université de Caen, 2008, 248p.

[31] PYTHON N. VIENS, HOFNER M-C. La violence à l'égard des femmes : un problème qui concerne le praticien ? Médecine et Hygiène, Genève, 2003, vol 61, n°2457, p2125-9.

[32] HERRY C. Parcours de soins des victimes de violences: à propos des dossiers de soins de la caisse primaire d'assurance maladie de la Loire de 117 victimes reçues au service de médecine légale de Saint-Étienne de janvier à novembre 2007, Thèse d'exercice de médecine, Grenoble, université Joseph Fourier, 2009.

[33] PROSMAN GJ, Lo Fo Wong SH, Bulte E, Lagro-Janssen AL. Healthcare utilization by abused women: a case control study. Eur J Gen Pract. 2012 Jun;18(2):107-13. Epub 2012 Apr 22.

[34] ROMITO Patrizia, MOLZAN TURAN Janet, DE MARCHI Margherita, The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. Soc Sci Med, 2005, p1717-27.
http://people.stfx.ca/accamero/gender%20and%20health/Mental%20Health/Impact%20of%20current%20and%20past%20violence%20on%20womens%20MH.pdf

[35] NAUMANN Phyllis, LANGFORD David, TORRES Sara, and Al, Women battering in primary care practice, Family Practice, 1999, vol 16, N°4, p343-352.

[36] CAMPBELL Jacquelyn and al. Intimate partner violence and physical health consequences. Arch Intern Med 2002;162 : 1157-1163.

[37] LACROIX Sophie, OFFERMANS Anne-Marie and coll. Les violences conjugales, Rôle du médecin généraliste. Belgique, février 2004.

[38] MORVANT Cécile. Le médecin face aux violences conjugales : analyse à partir d'une étude effectuée auprès de médecins généralistes, Thèse d'exercice de médecine, 2000, 212p.

[39] ZINK Therese, ELDER Nancy, JACOBSON Jeff and Al. Medical management of intimate partner violence considering the stages of change : precontemplation and contemplation, Annals of Family Medicine, 2004 May-Jun;2(3):231-9 http://www.annfammed.org/content/2/3/231.full.pdf+html

[40] CHAMBONNET Jean-Yves, DOUILLARD Véronique, URION Jacqueline and al, La violence conjugale : prise en charge en médecine générale, Rev Prat Med Gen 2000, vol 14, n°507, p1481-85.

[41] CAVALIE Philippe, RICHARD Nathalie and coll. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Rapport d'expertise, AFSSAPS, Janvier 2012.

[42] JASPARD Maryse, France, Briser le silence. In : Francequin G. Tu me fais peur quand tu cries ! Sortir des violences conjugales. Toulouse, ERES « Sociologie clinique », 2010, p.297-310.

[43] ESTRADA Janina, Vulnérabilité des femmes migrantes en situation de précarité face aux violences en France, Thèse d'exercice de médecine, Paris, Université Pierre et Marie Curie, 2011, 143p.

[44] BOISMAIN Amélie. Violences conjugales faites aux femmes : rôle du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge. Mémoire de DES de Médecine Générale, Grenoble, sept. 2011.

[45] COY GACHEN C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICPPS. Thèse d'exercice de médecine, Paris, Université Pierre et Marie Curie, 2005.

[46] MC FARLANE Judith, MALECHA Ann, GIST and Al. An intervention to increase safety behaviors of abused women. Nursing Research, 2002, vol 51, N°6, p347-353.

[47] SULLIVAN Cris M., Community advocacy project : a psychosocial empowerment intervention for women with abusive partners, Invited speaker at the Institute of

Medicine's Workshop on Preventing Violence Against Women and Children Globally. Washington, DC. January, 2011.
http://www.iom.edu/~/media/Files/Activity%20Files/Global/ViolenceForum/2011-JAN-27/Sullivan.pdf

[48] RAMSAY Jean, CARTER Yvonne, DAVIDSON Leslie and Al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse, Campbell Systematic Reviews, 2009 Oct. 121p.
http://www.campbellcollaboration.org/lib/download/689/

[49] SULLIVAN Cris M., BYBEE Deborah I. Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. J Consult Clin Psychol. 1999 Fév ; 67(1):43-53
http://psychology.msu.edu/CAP/Documents/Two%20year%20followup%20CAP%20JCCP.pdf

[50] MC FARLANE Judith, PARKER Barbara, SOEKEN Karen and al. Safety behaviors of abused women after an intervention during pregnancy. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 1998 Jan, Volume 27(1), 64-69p.

[51] LOPEZ Gérard, SABOURAUD-SEGUIN Aurore, JEHEL Louis and Coll. Psychothérapie des victimes : traitement, évaluation, accompagnement. Dunod, 2006, 244p.

[52] LAZIMI Gilles, Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? Etude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes. 557 patientes interrogées. Intérêt et faisabilité, Mémoire dans le cadre du diplôme universitaire « Stress, traumatisme et pathologies » , Université Paris VI, 2007.

[53] LAWOKO Stephen, SANZ S., HELSTROM L. And al, Screening for Intimate Partner Violence against Women in Healthcare Sweden: Prevalence and Determinants, ISRN Nurs., 2011:510692. Epub 2011.

[54] COKER Al, BETHEA L., SMITH Ph. And al. Missed opportunities: intimate partner violence in family practice settings. Prev Med., 2002, 34(4), p445-54.

[55] ROTER Debra L., HALL Judith A., AOKI Yutaka. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. JAMA, . 2002, 288(6), p756-64.

[56] NICOLAI J., DEMMEL R. The impact of gender stereotypes on the evaluation of general practitioners' communication skills: an experimental study using transcripts of physician-patient encounters. Patient Educ Couns., 2007, p200-5.

[57] COUSIN G., SCHIMID MAST M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? Rev Med Suisse, 2010, 6(257), p1444-7.

[58] GREGORY Alison, RAMSAY Jean, AGNEW-DAVIES Roxane, et Al. Primary care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. BMC Public Health, 2010, vol 10.
http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-54.pdf

[59] ECN : liste des items : http://www.anemf.org/IMG/pdf/Items_ECN.pdf

[60] WAALEN Jill, GOODWIN Mary, SPITZ Alison, and Al. Screening for intimate partner violence by health care providers. Am J Prev Med., 2000, vol 19, N°4, p230-7.

[61] RAMSAY Jean, RICHARDSON Jo, CARTER Yvonne H and Al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review, BMJ, 2002, 314p.

[62] FEDER Gene, RAMSAY Jean, DUNNE D and Al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme ? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. Health Technol Assess., 2009,:iii-iv, xi-xiii, p1-113, 137-347.

[63] LAZIMI Gilles, Violences faites aux femmes. Rev Prat Med Gen 2005 ;19:1180.

[64] JOHN Ime A , LAWOKO Stephen, OLUWATOSIN Abimbola. Acceptance of screening for Intimate Partner Violence, actual screening and satisfaction with care amongst female clients visiting a health facility in Kano, Nigeria, Afr J Prm Health Care Fam Med, 2011,vol3, N°1, 6p.

[65] TAKET Ann, NURSE Jo, SMITH Katrina and al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. BMJ 2003;327:673–6.

[66] American College of Obstetricians and Gynaecologists, Committee Opinion. No. 518 : Intimate partner violence. Obstet Gynecol. 2012; 19 : 412-7.

[67] Family Violence Prevention Fund. National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings. Accessed September 4, 2009.
http://www.endabuse.org/programs/healthcare/files/Consensus.pdf

[68] American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. Chicago(IL) : AMA;1992.

[69] LACROIX Sophie, OFFERMANS Anne-Marie and coll. Les violences conjugales, Rôle du médecin généraliste. Belgique, février 2004.
http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/files/projects/2001_076/role_du_medecin_generaliste.pdf

[70] HASSAN-ABDALLAH Sahar. Violences conjugales : enquête en médecine générale : proposition d'un test de dépistage, Thèse d'exercice de médecine, Tours, Université François Rabelais, 2011, 54p.

http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2011_Medecine_HassanAbdallahSahar.pdf

[71] http://www.lescentresdesante.com/rubrique30.html

[72] Agence Nouvelle des Solidarités Actives, Centres de Santé de la ville de Grenoble, synthèse des travaux conduits avec l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives, Les contributions n°8, décembre 2008.
http://solidarites-actives.com/pdf/ansa_contrib8_centres_sante_Grenoble_2008.pdf

[73] BREUIL-GENIER Pascale, GOFFETTE Céline. La durée des séances des médecins généralistes. Études et résultats, DREES, n° 481, avril 2006

[74] GAUDIN Marie. Proposition d'une formation sur les violences conjugales et leur prise en charge par le médecin généraliste, à destination des internes de médecine générale de Grenoble en dernier semestre. Mémoire de DES Médecine Générale, Grenoble, sept 2012.

[75] GABREAU Marie-Anne. Expérience de repérage systématique de la violence intra familiale chez la femme enceinte. Thèse d'exercice de médecine, Paris, 2001, n°21, 159p.

[76] BOLOT Anne-Lise, Repérage des violences conjugales en médecine générale: Evaluation de deux types d'interventions, Thèse d'exercice de médecine, Université de Franche-Comté, Besançon, 2010, 60p.

[77] CHEN Ping-Hsin, ROVI Sue, WASHINGTON Judy et al. Randomized Comparison of 3 Methods to Screen for Domestic Violence in Family Practice. Annals of Family Medicine 2007;5:430-435

[78] BELLE BROWN Judith, SCHMIDT Gail, LENT Barbara, and al. Dépistage de la violence faite aux femmes, épreuves de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français. Can Fam Physician 2001 ; 47 : 988-995.
http://www.cfp.ca/content/47/5/988.full.pdf

[79] Le CASA, Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions, Informations destinées aux professionnels intervenant dans la prise en charge des victimes de violences. Document du 24 avril 2008 pour le site du CHU – Hôpitaux de Rouen,
http://www3.chu-rouen.fr/NR/rdonlyres/76F3CD77-A569-4433-85C6-EC7B104EC857/0/plaquette_casa.pdf

[80] HOFNER M-C, VIENS PYTHON N. « C'est assez » Programme de détection et d'orientation des adultes concernés par la violence. Origine et développements 200-2004. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 104).

[81] www.violenceconjugale.gouv.qc.ca

[82] JEFFREY R. JAEGER. et al. Screening Male Primary Care Patients for Intimate Partner Violence Perpetration. J Gen Intern Med 23(8): 1152–6

[83] FERNANDEZ Aline, Formation sur les violences conjugales du 12/06/12, destinée aux médecins des Centre de Santé de Grenoble. Centre de Santé de l'Arlequin

[84]THERY Irène, Quelles approches conceptuelles pour penser ce fait social ? In : Francequin G. Tu me fais peur quand tu cries ! Sortir des violences conjugales. Toulouse, ERES «Sociologie clinique », 2010, p63-72.

[85] W. SZAFRAN et P. FOSSION. La violence conjugale. Rev Med Brux 2005 ; 26:S 340-3

[86] http://www.violenceconjugale.gouv.qc.ca/besoin_evaluez.php

[87] http://soshommesbattus.over-blog.com