



HAL
open science

Lutter contre les violences faites aux femmes: Enquête auprès de médecins généralistes de la région de Poitiers s'impliquant sur ce sujet

Justine Poupard

► To cite this version:

Justine Poupard. Lutter contre les violences faites aux femmes: Enquête auprès de médecins généralistes de la région de Poitiers s'impliquant sur ce sujet. *Etudes sur le genre*. 2020. dumas-03233273

HAL Id: dumas-03233273

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03233273>

Submitted on 24 May 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Lutter contre les violences faites aux femmes:

Enquête auprès de médecins généralistes de
la région de Poitiers s'impliquant sur ce sujet

JUSTINE POUPARD

SOUS LA DIRECTION DE CORINNE ROSTAING

Master EGALES

Faculté d'Anthropologie, Sociologie et Science politique

Année universitaire 2020

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, merci à toi Thomas, mon amour. Merci pour les discussions, les relectures et les aller-retours. Je n'aurais pas pu faire tout ça sans toi. Tes encouragements, tes conseils, tes blagues et ton soutien m'ont permis de bien vivre cette période pourtant pas facile tous les jours.

Je souhaite également remercier ma famille sans qui je n'aurais pas pu réaliser tout ça. Particulièrement Papa et Maman pour tout le temps et l'intérêt que vous avez porté à ce projet. Merci de croire en moi et me soutenir dans mes projets. Je vous aime !

Merci à « la Grosse MOULA », pour ce soutien inconditionnel pendant le parcours du combattant qu'auront parfois été ces deux années... Merci pour toutes les discussions, les rires et les soirées aux Feuillants ou ailleurs. Merci particulièrement à Marie et Léana pour le temps et l'attention que vous avez mis à me relire. Du love !

A toutes celles et ceux qui sont là depuis longtemps et m'accompagnent à chaque étape du parcours. A toi, Jeanne, notamment.

Merci à ma tutrice Corinne Rostaing pour votre accompagnement et vos conseils.

Merci à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire. Tout particulièrement aux médecins que j'ai interrogé.es qui ont fait preuve de beaucoup d'intérêt, d'enthousiasme et de bienveillance, ainsi qu'aux militantes du planning familial de Poitiers.

Et enfin, merci à mon ordinateur d'avoir tenu le coup... C'était assez inespéré.

TABLE DES MATIERES

AVANT PROPOS	4
Protocole d'écriture non discriminante.....	4
Avertissement.....	6
INTRODUCTION	7
PARTIE I : Construction de l'objet d'étude	9
I- Contextualisation	9
A- Les violences faites aux femmes en France	9
B- Le rôle des médecins généralistes dans la lutte contre les violences	12
C- La formation du planning familial de Poitiers.....	16
II- Problématisation de l'objet.....	18
III- Procédure d'enquête	22
A- Choix de la procédure d'enquête.....	22
B- Population d'enquête	23
1) Recrutement des enquêté.es.....	23
2) Profils des enquêté.es	25
C- Réalisation de la méthode d'enquête : l'entretien semi-directif	27
1) Elaboration du guide d'entretien.....	27
2) Passation des entretiens	28
3) Retranscription et anonymisation.....	29
D- Retour réflexif sur la méthode et les conditions d'enquête.....	31
1) Biais de recrutement.....	31
2) Déroulement des entretiens.....	32
3) Posture personnelle	33
IV- Présentation de la méthode d'analyse	37
A- Choix d'une méthode d'analyse : élaboration d'un idéal type	37
B- Présentation de la démarche	38

PARTIE II : Analyse et résultats	41
I – La sensibilisation aux violences.....	42
A- La sensibilisation médicale	42
1) L'intérêt scientifique	42
2) Les violences comme enjeu de santé public auquel iels seront confronté.es.....	43
B- La sensibilisation sur le tas, une conception « psy » des violences ..	45
1) Les expériences sur le « tas » pour sensibilisation.....	45
2) Les violences comme enjeu médico-psycho-social.....	46
C- La sensibilisation militante, un intérêt militant nourri par des expériences de terrains	49
II- La posture face aux violences	57
A- La posture médicale, proche des recommandations de l'HAS.....	57
B- La posture active : attention et action	61
C- La posture pro-active : aller au-devant des violences	69
III- Type de médecins.....	76
A - « <i>Le médecin de famille pivot</i> », une médecine conventionnelle	77
B- « Le.a médecin coordinateur.rice » à la médecine globale.....	80
C- Le.a médecin militant.e, une médecine engagée	83
Résultats : Typologie croisée – Le type de médecin impliqué.....	92
CONCLUSION.....	95
RETOUR REFLEXIF SUR LA RECHERCHE	100
BIBLIOGRAPHIE	102
ANNEXE	108

AVANT PROPOS

Protocole d'écriture non discriminante

Marina Yaguello dit :

« La langue est un miroir culturel, qui fixe les représentations symboliques et se fait l'écho des préjugés et des stéréotypes, en même temps qu'il alimente et entretient ceux-ci »¹

Dans cet esprit, j'ai décidé de rédiger ce mémoire en suivant un protocole d'écriture non-discriminante.

Ainsi, je ne mettrai pas en application certaines règles grammaticales :

- « Le masculin l'emporte sur le féminin »
- Le masculin vaut le neutre
- Les noms de métiers sont au masculin

Ceci dans un premier temps car je ne souhaite pas me faire l'écho des préjugés et des stéréotypes et participer à leur perpétuation ; mais aussi puisque comme le signifie bien Eliane Viennot : *« Le masculin dit "générique" ne l'est pas : il fait disparaître les femmes non seulement des textes, mais des esprits »²*, et également, par soucis de clarté et d'exactitude car *« comme le souligne Wendy Martyna, le masculin générique est source de confusion. Il ne permet pas de savoir s'il est question uniquement de personnes masculines, ou des deux sexes. »³*.

Ainsi, tous les pronoms, noms, adjectifs, adverbes au pluriel désignant ou se rapportant à un groupe de personnes dans lequel on retrouve des hommes et des femmes ne seront pas masculinisés. Je signifierai la présence des deux genres par les deux terminaisons possibles séparées d'un point (n'ayant pas accès au point médian sur mon clavier d'ordinateur). J'utiliserai, par ailleurs, le plus possible des mots épïcènes et j'appliquerai l'accord de proximité. Les pronoms et adverbes quant à eux feront l'objet d'une combinaison, sous forme de néologismes souvent utilisés dans les milieux militants, suivant ces modèles :

¹ Yaguello M., *Les mots et les femmes. Essai d'approche sociolinguistique de la condition féminine*, Payot, 2002 [1987], p.258.

² Extrait d'entretien d'Eliane Viennot : Cet entretien est paru dans le n° 266 (janvier-février 2019) de Profession Éducation, le magazine du Sgen-CFDT

³ Arbogast M., « La rédaction non-sexiste et inclusive dans la recherche : enjeux et modalités pratiques », *Documents de travail 231*, Ined, juin 2017. p. 14.

- Pronom : iel, iels, elleux, ceux
- Adverbe : toustes
- Adjectifs : impliqué.es, sensibilisé.es
- Nom commun : auteur.rice, lecteur.rices, enquêté.es

Ce protocole d'écriture ne sera pas utilisé dans les citations d'entretiens pour ne pas altérer les propos des enquêté.es ou modifier leur façon de parler.

Avertissement

Des propos sensibles et relatant des situations dures sont exprimés et rapportés dans ce mémoire.

Le sujet sur lequel porte cette étude est un sujet lourd, dur et sensible. Je préfère prévenir dès à présent le lectorat dans l'idée et l'espoir de ne pas heurter des sensibilités et déclencher chez certain.es lecteur.rices des difficultés, un malaise ou même un mal-être, en rappelant des traumatismes.

Moi-même en travaillant sur le sujet j'ai pu être à plusieurs reprises remuée, voir heurtée par certaines discussions et certains propos rapportés dans les entretiens (PARTIE II). J'ai dû m'accorder des temps de pauses, me détacher, aller faire autre chose, ou au contraire en discuter parfois, avant de pouvoir revenir au sujet et de m'y replonger. Donc n'hésitez pas à faire des pauses si besoin, voire même complètement arrêter la lecture s'il le faut.

Pour faciliter la lecture j'ai décidé d'intégrer avant chaque citation que je jugeais potentiellement « difficile » un code pour prévenir les lecteur.rices, sous le format du Trigger Warning : TW (utilisé particulièrement sur les réseaux sociaux comme Twitter). L'expression « Trigger Warning » pouvant être traduite en français par « Avertissement déclencheur ».

Ainsi, si vous voyez un « **TW** » avant une citation ou un paragraphe n'hésitez pas à passer votre chemin.

J'ai essayé de faire au mieux, et selon ce qui me paraissait le plus dérangeant, la sélection est donc arbitraire, mais j'espère n'avoir rien oublié.

Bon courage et bonne lecture !

INTRODUCTION

Dr Paul X. :

*Je pense que les médecins ne sont pas bien préparés. Parce que pas bien sensibilisés. Euh... Comment dire. J'allais dire que cette dynamique des violences c'est important de la comprendre quoi, voilà. Tout médecin ne la... J'imagine que tout médecin ne la comprend pas. Voilà. C'est même- au-delà d'avoir un discours militant là-dessus -, c'est même d'essayer de voir que c'est de l'ordre de la santé publique quoi. **Que la violence ça fait partie du rôle du médecin de les dépister et de les traiter entre guillemets. Si personne ne le fait qui donc le fera ? Sachant que le médecin est le principal interlocuteur que les personnes ont en face d'elles.***

En quelques phrases le Dr Paul X., avec qui j'ai pu m'entretenir, résume tout l'enjeu de l'étude présentée dans ce mémoire. D'un côté, il pose le problème : les violences sont un enjeu de santé publique sur lequel les médecins en tant que principaux interlocuteurs des victimes ont un rôle à jouer. De l'autre, il aborde l'absence de connaissance et conscientisation de ce problème de la part de tous les médecins. Enfin, il établit pourtant que c'est bien leur rôle et que même en l'absence de soutien il faut le prendre en charge puisque « *si personne ne le fait qui donc le fera ?* ».

On sait aujourd'hui -on reviendra dessus dans la partie contextualisation- que la lutte contre les violences faites aux femmes représente un enjeu politique et sanitaire dans lequel les médecins généralistes en tant que l'une des principales ressources pour les victimes de violences ont un rôle à jouer. Pourtant, même si ce rôle est établi il est relativement peu investi par les médecins car il n'est pas encouragé par les institutions sanitaires et médicales. Ainsi, l'absence de préparation et de sensibilisation des médecins sur cette question rend la prise en charge et le dépistage difficiles, et donc peu de médecins s'investissent. Et, ceux qui le font sont isolés.

On peut donc se demander pourquoi, malgré l'isolement certains s'impliquent. C'est tout l'enjeu de l'étude présentée ici. Il s'agira dans ce mémoire de s'intéresser aux raisons d'implication des médecins et au caractère de cette implication elle-même, par le biais d'une enquête réalisée auprès de médecins « sensibilisés et impliqués » de la région de Poitiers.

Pour cela on reviendra dans une première partie sur le contexte englobant le sujet présenté dans cette étude : les violences faites aux femmes et le rôle des médecins généralistes contre celles-ci. Ensuite, on présentera la problématisation du sujet d'enquête, avant de revenir sur les modalités de l'enquête et de présenter la méthode d'analyse choisie : la typologie.

Dans une seconde partie on analysera les données récoltées au cours de l'enquête en présentant trois typologies préliminaires qui permettront d'arriver à l'élaboration d'une typologie croisée des types de médecin généraliste qui s'impliquent sur le sujet des violences faites aux femmes.

PARTIE I : Construction de l'objet d'étude

I- Contextualisation

A- Les violences faites aux femmes en France

Dans les années 1970 les chercheuses féministes développent le champ de recherches sur le genre et la violence⁴. Elles font des violences faites aux femmes un objet public et politique qui aujourd'hui, après plus de quarante ans de lutte, semble être devenu un vrai enjeu de société. Les années 1990 voient le développement de recherches spécifiques s'intéressant : « *aux violences conjugales, aux femmes victimes des conflits armés, en passant par l'analyse de la violence comme fondement de la structure de la parenté et de la valence différentielle des sexes* », tandis que « *parallèlement, des instances internationales comme l'Organisation des Nations unies et l'Organisation mondiale de la santé se prononcent contre la violence faite aux femmes et promeuvent des actions auprès des États* »⁵ avec, notamment, la mise en place de Conférences mondiales sur les femmes. Ainsi, les violences conjugales longtemps considérées comme tabou et relevant du privé, sont aujourd'hui condamnées tant par la justice que par une grande partie de l'opinion publique⁶. Un renversement qu'on doit aux mouvements féministes des années 70-80 qui ont révélé à quel point « le privé est politique », et également aux fémocrates⁷ qui ont suivi. Les violences deviennent ainsi en France une vraie problématique sociale, un « nouvel intolérable » dont les politiques s'emparent à partir des années 2000, en en faisant à plusieurs reprises des « priorités gouvernementales », ou « grande cause nationale ». Tout ceci dans un contexte de *gendermainstreaming*⁸, porté par l'Union Européenne qui encourage les états membres « à renforcer l'égalité femmes-hommes via notamment la

⁴ Simonetti, I., « Violence (et genre) », in Rennes J., *Encyclopédie critique du genre*, La découverte, 2016. p. 682.

⁵ *Ibid.* p. 683

⁶ Granet, F., (dir.), *Les violences conjugales. Bilan des dispositifs et propositions d'améliorations*, Mission de recherche Droit et Justice, 2016. p. 11.

⁷ « *Ce néologisme, formé à partir des termes « bureaucrates » et « féministe », désigne les féministes agissant depuis des instances étatiques* ». in Jouanneau Solenne, Matteoli Anna, « Les violences au sein du couple au prisme de la justice familiale. Invention et mise en oeuvre de l'ordonnance de protection », dans *Droit et société*, 2018/2 (N° 99), pages 306.

⁸ Traduit en Français par : « Approche intégrée de l'égalité ». Une approche transversale qui « a pour ambition de faire prendre en compte la perspective de l'égalité des sexes dans l'ensemble des politiques et dispositifs publics ». Cf Dauphin Sandrine, Sénac-Slawinski Réjane, « *Gender mainstreaming : analyse des enjeux d'un 'concept-méthode'*. Introduction », *Cahiers du Genre*, 2008/1 (n° 44), p. 5.

pénalisation des violences générées par le sexisme »⁹. En France, une première loi spécifique au sujet des violences au sein du couple est votée en 1992, puis au cours des années 2000 d'autres lois se succèdent, jusqu'en 2010 avec la première loi spécifique aux violences faites aux femmes : « *la loi n°2010-769, relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants, votée le 9 juillet 2010* ». La loi du 4 août 2014 portant sur « *l'égalité réelle entre les femmes et les hommes* » vient renforcer la loi de 2010. Ces années voient également la multiplication des recherches et des études portant sur ce sujet, avec notamment la première enquête nationale de grande envergure en 2000 : l'ENVEFF (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France), et la seconde VIRAGE (Violences et rapports de genre -amorcée en 2015, et dont les résultats finaux commencent juste à être publiés en 2019). Des enquêtes qui révèlent l'étendue des problèmes et participent donc aux prises de conscience à l'origine des différentes lois nommées plus haut.

Pourtant, à ce jour, les violences sexistes et sexuelles sont toujours d'actualité et on commence à peine à en apercevoir l'étendue dans toute la société. En 2018 les mouvements #metoo et #balancetonporc lancent une vraie ouverture de la parole, ou plutôt de l'écoute (certaines victimes s'exprimaient depuis longtemps et étaient simplement ignorées) et ce qu'on pourrait appeler un renouveau du mouvement féministe. Les chiffres des violences sont portés sur la scène publique et politique (les politiques s'en emparent à nouveau, et Marlène Schiappa, secrétaire d'état, lance un « grenelle contre les violences » en automne 2019), et le vocabulaire féministe s'impose petit à petit dans les discours et les médias, avec l'adoption du terme « féminicides » pour parler des meurtres de femmes perpétrés par leurs conjoints ou ex par exemple.

Les chiffres sont sans appel :

- Une femme est morte tous les trois jours sous les coups de son conjoint ou ex en 2018. Une tous les deux jours en 2019 (146 mortes selon les estimations des collectifs et associations)¹⁰.

⁹ Jouanneau Solenne, Matteoli Anna, « Les violences au sein du couple au prisme de la justice familiale. Invention et mise en œuvre de l'ordonnance de protection », dans *Droit et société*, 2018/2 (N° 99), pages 308.

¹⁰ Chapuis, N., de Foucher L., Lamothe J., Potet, F., « Dans les affaires de féminicides, les alertes négligées par les forces de l'ordre », *Le Monde*, Publié le 21/10/2019. https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/08/18/en-2019-le-nombre-de-feminicides-a-augmente-de-21-en-france_6049189_3224.html

- 1 femme sur 10 déclare avoir subi des violences conjugales : « *chaque année, 200 000 femmes soit 1 % des femmes sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part du conjoint* »¹¹.

- 16% des femmes subissent des viols ou tentatives de viol par an (selon Muriel Salmona), d'autres estimations avancent les chiffres de « *84 000 viols et tentatives de viol estimés par an* », « *un viol toutes les 7 minutes en France* »¹². Les femmes sont 6 fois plus souvent victimes que les hommes. Ces derniers l'étant principalement pendant la jeunesse¹³.

- Les premiers résultats de l'enquête VIRAGE concernant les violences sexuelles révèlent qu'« *une femme sur sept (14,5 %) et un homme sur vingt-cinq (3,9 %) déclarent avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle (hors harcèlement et exhibitionnisme) au cours de leur vie* »¹⁴.

Des données qui montrent que « *ces violences ne sont pas anecdotiques, isolées, extraordinaires, spectaculaires, inexplicables* ». Comme le dit L. Gaussoit « *elles suggèrent une dimension systémique, elles font un système* ». Ces données permettent d'insister sur « *l'aspect répétitif, mécanique, voire banal de ces violences* »¹⁵. Par-là, ces données confirment les recherches féministes et sociologiques qui mettent en évidence depuis des années que :

« les violences contre les femmes font système : de par leur étendue (violences verbales, physiques, etc.) et leur articulation (l'idée du continuum des violences), de par l'estimation de leur fréquence et de leur permanence (elles ne sont pas nouvelles mais ne semblent pas reculer), de par leur invisibilité « historique » et les obstacles qui se dressent toujours devant leur reconnaissance, déclaration, poursuite, de par le caractère récent de la politisation, criminalisation, lutte contre ces violences, de par la modestie des résultats obtenus par cette lutte »¹⁶.

¹¹ Gaussoit, L., « Les violences sexuées et sexuelles en tant que système », in Chauveau *et al.*, *Le corps en lambeaux*, 2016. p. 147.

¹² *Ibid*

¹³ Hamel *et al.*, « Viols et agressions sexuelles en France: premiers résultats de l'enquête Virage », *Population & Sociétés*, 2016/10,(538). p. 1-4.

¹⁴ *Ibid*

¹⁵ Gaussoit, L., « Les violences sexuées et sexuelles en tant que système », in Chauveau *et al.*, *Le corps en lambeaux*, 2016. p. 147.

¹⁶ *Ibid*. p. 148.

B- Le rôle des médecins généralistes dans la lutte contre les violences

La lutte contre les violences semble prendre un tournant nouveau depuis quelques années, avec les prises de conscience des échecs des lois et mesures passées dans la réduction des violences. L'un des principaux enseignements retenu dans l'enquête VIRAGE sur les violences sexuelles étant la non-diminution des violences depuis 15 ans¹⁷.

Les recherches et études plus récentes ont évolué et « *sans perdre de vue les violences interpersonnelles ni l'appui sur les données statistiques, l'attention [...] se porte davantage sur les violences pratiquées à l'ombre des institutions* »¹⁸, ce qui permet notamment de mettre en évidence :

« La nécessité de repenser, notamment, la formation professionnelle du personnel de la police, de la justice, mais aussi des opérateurs sociaux ou du corps médical pour qui, par exemple, un certain nombre d'idées reçues sur la grossesse et sur le trauma post-partum empêchent la détection des situations de violence conjugale et l'expression d'une libre parole des femmes »¹⁹.

Une nécessité de repenser la formation qui est également reprise par les professionnel.les concerné.es, notamment ceux de santé.

En effet, le sujet est traité depuis une dizaine d'années, par des médecins comme Gilles Lazimi qui dès 2007 questionnait dans une étude la possibilité, l'efficacité et l'intérêt de mettre en place un questionnement systématique lors des consultations médicales, pour améliorer le dépistage des violences faites aux femmes²⁰. Il fait également partie du collectif de médecins à l'initiative de l'appel lancé le 18 novembre 2019 dans l'*Obs* : « Nous médecins, devenons le premier recours des femmes victimes de violences ». Un appel dans lequel iels reprennent l'idée que les médecins et les professionnel.les de santé sont en première ligne et ont un « rôle clé » à jouer dans la lutte contre les violences, en mettant notamment en place un dépistage à base de questionnement systématique²¹. Une idée mise à jour dès 2001 par R. Henrion dans son rapport remis au ministre de la santé nommé : « Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle

¹⁷ Hamel et al., « Viols et agressions sexuelles en France: premiers résultats de l'enquête Virage », *Population & Sociétés*, 2016/10,(538), p. 1-4.

¹⁸ Simonetti, I., « Violence (et genre) », in Rennes J., *Encyclopédie critique du genre*, La découverte, 2016, p. 684

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Lazimi, G., « Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? », Centre Municipal de Santé, 2007.

²¹ L'idée du dépistage par questionnement systématique étant que peu importe la raison de consultation de départ, des questions sur les violences seront toujours posées -de façon systématiques- aux patient.es et avant tout aux patientES. Un procédé de dépistage qui a fait ses preuves (cf Thèse Linassier, 2017) et est encouragé par des institutions comme l'HAS (Haute autorité de santé).

des professionnels de santé ». Dans l'introduction du Chapitre IV sur « Le rôle des médecins », Henrion établit que :

« Le médecin est le plus souvent le premier interlocuteur et un acteur privilégié dans la chaîne de prise en charge des femmes victimes de violence. Il a un rôle clé dans le dépistage de ces violences, le recueil de l'histoire, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat, pièce essentielle lors d'un dépôt de plainte. Il a aussi un rôle stratégique en donnant des conseils aux femmes, en les informant de leurs droits et en les orientant au mieux des circonstances. »²².

En effet, l'ENVEFF (2000) révèle le fait que les médecins sont en première ligne et souvent les premier.es interlocuteur.rice.s des femmes victimes, l'enquête montre que « *c'est à leur médecin (24 %) que se confient en premier lieu les femmes victimes d'agressions physiques, avant la police et la gendarmerie (13 %), la justice ou les associations* »²³. Les femmes, du fait de leur socialisation, ont souvent un rapport particulier à la médecine et au soin, ce que Muriel Salle et Catherine Vidal ont montré dans leur ouvrage *Femmes et santé, encore une affaire d'homme ?* (2017). Elles consultent plus et plus « facilement » que les hommes, et sont le plus souvent celles qui accompagnent les enfants ou personnes à mobilité réduite. Les médecins et professionnel.les de santé en général sont en contact constant avec des femmes, et donc, au vu des chiffres présentés plus haut, avec de potentielles victimes de violences. Ainsi, dans une thèse de doctorat pour le diplôme de médecine publiée en 2012, le Dr. Le Bars, montre que sur une moyenne de 25 patients par jour, un médecin généraliste reçoit en consultation entre 2 et 3 femmes victimes de violences conjugales²⁴. Le Dr. Lazimi estime quant à lui qu'1 patiente sur 4 (en médecine générale) a été victime de violences au cours de sa vie²⁵.

Ces différentes études ont permis de mettre en évidence qu'une prise de conscience de ce rôle et des formations sur le sujet (dépistage, questionnement, recherches des symptômes, prise en charge, orientation...) permettraient une meilleure prise en charge des patientes. C'est

²² Henrion, R., *Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*, remis au ministre de la santé 2001, p. 31.

²³ Lambert, S., « Apprendre à voir et entendre les violences contre les femmes en consultation de médecine générale : la formation des jeunes médecins généralistes au Planning familial de la Vienne », in *Le corps en Lambeaux*, 2016, p. 360.

²⁴ Le Bars, M., *Quand les femmes victimes de violences se mettent à parler*, thèse publiée en 2012 par la revue nationale Éthique et Santé, déc. 2012.

²⁵ « “ Nous médecins, devenons le premier recours des femmes victimes de violences ” », *L'Obs*, consulté le 19 novembre 2019.

d'ailleurs ce que demandent les médecins qui s'intéressent à ce sujet, comme le montrent leurs appels lancés dans la tribune du *Nouvel Obs*²⁶ :

« Parce qu'il existe des outils efficaces de dépistage de ces violences, scientifiquement validés, accessibles, faciles à mettre en place, et peu coûteux, il est temps d'agir. Nous médecins, lançons quatre appels :

- 1/ Reconnaissons le médecin comme personne ressource, premier recours de la femme victime
- 2/ Nous, médecins, saisissons-nous systématiquement de ces outils de dépistage
- 3/ Que l'on nous accorde la possibilité de nous former à ces outils aussi bien en formation initiale que continue
- 4/ Que soient financés par les ministères concernés (santé, universités, droits des femmes), des dispositifs de réseaux de prise en charge coordonnée associant professionnels et associations, pour notamment assurer ces formations. »

Pourtant malgré les différentes études et les appels, et un contexte de changement de paradigme en médecine générale où a émergé comme modèle concurrent au biomédical, le modèle biopsychosocial²⁷ -qui met le.a patient.e, son environnement, sa psychologie au centre et qui donc devrait pousser les médecins à se préoccuper de sujets comme celui des violences- peu d'actions publiques et sanitaires sont mises en place. Et donc peu de médecins sont formés, voire même simplement sensibilisés au sujet des violences faites aux femmes. En effet, on peut noter quelques exemples d'actions comme : la mise au point par la MIRPOF (Mission Interministérielle Pour la Protection des Femmes Victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) de quelques vidéos sur les violences, dont une avec un médecin qui dépiste auprès d'une de ses patientes-victimes²⁸ ; ou encore la diffusion de recommandations de bonnes pratiques sur le sujet, par l'HAS (Haute Autorité de Santé) notamment en juin 2019 sur les violences conjugales²⁹ ; et la prise en main du sujet par quelques facultés qui ont mis en place des cours sous forme « d'items ». Ce n'est pas assez.

Comme l'a montré l'enquête VIRAGE les violences n'ont pas baissé en 15 ans, on peut donc penser que ces actions publiques ne suffisent pas. De plus, dans une enquête menée en 2017 par le Centre Hubertine Auclert auprès de professionnel.les de santé de onze Centres Médico-Psychologiques, on voit que ceux-ci déclarent « ne « jamais » ou « rarement » recevoir des

²⁶ « “ Nous médecins, devenons le premier recours des femmes victimes de violences ” », *L'Obs*, consulté le 19 novembre 2019.

²⁷ Mis au point par Engels à la fin des années 1970'. Cf Bolton D., traduit par Tinland J., « Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme », *Centre Sèvres*, « Archives de Philosophie », 2020/4 tome 83, p. 13-40.

²⁸ <https://www.dailymotion.com/video/x2aqqe9>

²⁹ Cf ANNEXE 4

femmes victimes de violences »³⁰. On est donc bien loin d'une prise de conscience des estimations des Docteur.es Le Bars ou Lazimi.

Les seules actions organisées restent des actions en surface. Les items mis en place à la fac sont des cours de quelques heures, souvent assez techniques, sur comment rédiger un certificat par exemple, et les étudiant.es en ont généralement peu de souvenirs (comme le rapportent les médecins enquêté.es pour cette étude).

De plus, leur mise en place est très récente et n'existe pas partout, ce qui pose la question de la formation continue pour les ancien.nes étudiant.es aujourd'hui médecins qui elleux n'ont pas reçu de formation sur le sujet. Les médecins généralistes maîtres de stage, pourtant premier.es concerné.es par la transmission auprès des jeunes médecins ne reçoivent pas non plus de formation sur le sujet³¹, alors que l'apprentissage par observations des pratiques pourrait s'avérer très intéressant.

Certaines initiatives locales voient le jour comme la création du site *Décllic*³² en partenariat avec le département de médecine générale de Clermont-Ferrand, qui peut être une bonne référence, puisqu'il reprend les bases « à connaître sur les violences conjugales », explique « pourquoi intervenir », « comment intervenir », « les pièges à éviter » et offre une bibliographie fournie sur le sujet et d'autres connexes. Des cours en ligne assez complets sont également offerts comme celui donné par *l'Université Médicale Virtuelle Francophone*. Mais encore faut-il trouver ces supports, les rechercher et donc être en amont au moins un peu sensibilisé.e sur ce sujet.

Il en va de même pour d'autres initiatives portées, celles-ci, par des associations militantes qui en l'absence d'actions institutionnelles prennent sur elles d'organiser des interventions (conférences par exemple) à destination des étudiant.es en médecine, comme l'association VIFFIL lyonnaise³³ devant les étudiant.es en médecine ou encore la mise au point de formations de manière locale, telle que le planning familial de Poitiers ou d'Orléans.

Des initiatives locales qui, une fois encore, soit sont très rapides et sensibilisent juste au sujet, soit dépendent de l'intérêt des médecins qui s'inscrivent et participent de manière volontaire sur leur temps de travail, sans être valorisé.es pour cela par l'institution médicale.

³⁰ « “ Nous médecins, devenons le premier recours des femmes victimes de violences ” », *L'Obs*, consulté le 19 novembre 2019.

<https://www.nouvelobs.com/sante/20191118.OBS21217/nous-medecins-devenons-le-premier-recours-des-femmes-victimes-de-violences.html>.

³¹ Comme le confirme un des enquêté.es lui-même concerné par le sujet, puisque maître de stage.

³² <http://decllicviolence.fr/index.html>

³³ Témoignage d'une connaissance étudiante en médecine à Lyon, ayant reçu une de ces interventions.

C- La formation du planning familial de Poitiers

Parmi ces initiatives locales et non institutionnelles on retrouve la formation mise en place par des militantes du mouvement pour le planning familial de Poitiers qui nous intéresse pour cette enquête.

La formation est créée en 2011 sous l'impulsion de militantes du planning familial et d'une médecin généraliste engagée sur les questions de contraception et santé sexuelle. Elle-même (faisant partie des enquêté.es) résume assez bien leur démarche de l'époque :

« Je pense que l'équipe du mouvement français pour le planning familial souffrait de voir les femmes mal informées, mal dirigées par des médecins qui n'y connaissaient rien. Qui dépistent pas. Qui ont des attitudes sexistes. Et puis, euh, moi aussi - parce que moi je suis aussi universitaire, je travaille au département de médecine générale- je déplorais ça. Beh... les étudiants ils sont mauvais. Ils répètent un certain discours. »

Dr Sonia M.*

Cette formation organisée deux fois par an (une session par semestre : novembre-décembre/ mai-juin), sur une période de 3 fois 2 jours est destinée tant à des médecins généralistes (étudiant.es ou diplômé.es et installé.es) qu'à d'autres professionnel.les de la santé et du social (infirmière.s ; éducateur.rice.s ; assistant.es sociale ; sages-femmes *etc.*). Les groupes de travail sont donc pluriprofessionnels, auxquels s'ajoutent parfois des militantes du planning. Le choix des formatrices est de garder un groupe restreint pour plus de proximité, ainsi le nombre de participant.es varie généralement entre 9 et 15 par session.

A l'origine la formation s'appelait « féminin – masculin, sexualité, écouter, en parler », et ne portait globalement que sur des sujets en lien avec la sexualité (comment en parler, comment parler de la contraception, des IVG...) puis les militantes ont changé pour « genre et santé sexuelle », même si Fabienne* (militante du planning familial avec qui j'ai pu réaliser un entretien) m'explique qu'elles sont contre l'appellation santé-sexuelle : « *Parce qu'en réalité santé sexuelle c'est un mot médicalisé pour parler de sexualité.* ».

Avec le nom le contenu a également évolué³⁴, insérant les rapports femmes-hommes, le genre et -ce qui nous intéresse ici- le sujet des violences. Ce sujet est travaillé dans un module à part

³⁴ Cf Programme de la session de novembre-décembre- janvier 2019 ANNEXE 1, p. 3

* Le nom a été modifié.

entière sur 2 journées, avec des réflexions en groupe, des discussions, des interventions de professionnel.les concerné.es (témoignages de médecins généralistes, intervention de gendarmes), des mises en situations et de la transmission d'informations sur : « les lois ; comment parler de sexualité et violences ; comment écouter les situations de violences et sexualité ; le mécanisme de l'emprise ; les signaux d'alerte ; ce qu'il faut dire et ne pas dire ».

Les médecins généralistes qui s'inscrivent à cette formation sont en général encore étudiant.es et ont entendu parler de la formation via les réseaux de l'université (syndicat des internes, page facebook, mails). Iels s'inscrivent sur la base du volontariat.

II- Problématisation de l'objet

Cette contextualisation a permis de mettre en évidence que les médecins généralistes ont un rôle à jouer dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Mais que ce rôle, bien qu'établi par des nombreuses études et souhaité par divers acteur.rices, n'est pas vraiment institutionnellement encouragé. En effet, les seuls moyens mis en place sont des recommandations et quelques heures de cours. Ainsi, en l'absence d'actions fortes portées par les institutions politiques et médicales sur le sujet, nous avons vu que des initiatives locales menées par des associations se sont développées. Mais celles-ci dépendent de l'intérêt des médecins qui s'inscrivent et y participent.

C'est face à ce constat que j'ai construit tout l'enjeu de ma recherche, orientant celle-ci sur ces médecins qui choisissent, malgré tout, de prendre en charge ce rôle.

Un sujet dont l'intérêt se confirme d'autant plus qu'il semble assez inédit, car peu de recherches en sociologie ont été menées sur celui-ci. En effet, les principales études rencontrées associant médecine générale et lutte contre les violences sont des études réalisées dans le cadre de thèses de médecine ou par des médecins généralistes également enseignant-chercheur³⁵. En sociologie, je n'ai pu consulter qu'une seule étude française s'intéressant à ce sujet, le projet de thèse de Sabine Lambert : « La formation des médecins généralistes au dépistage et à la prise en charge des femmes victimes de violences en Poitou-Charentes »³⁶. Commencé en 2014, ce projet n'a pas été soutenu pour l'instant. Les seuls résultats auxquels j'ai pu avoir accès sont ceux qu'elle avance dans l'article « Apprendre à voir et entendre les violences contre les femmes en consultation de médecine générale : la formation des jeunes médecins généralistes au Planning familial de la Vienne », de l'ouvrage *Le corps en Lambeaux*. Dans cet article Sabine Lambert donne quelques éléments de son étude portant sur la formation des jeunes médecins délivrée par le planning familial en 2014, soit 5 ans avant mon étude. Ses principales conclusions sont :

« La prise en compte des violences masculines contre les femmes nécessite un changement total de regard, non seulement sur les problématiques de violences (il faut les accepter, c'est-à-dire accepter cette sordide et constante réalité) ; il faut également se penser capable, légitime à intervenir. Et pour cela, on l'a vu, c'est tout le rapport aux patient. e. s et à son rôle de médecin généraliste qu'il

³⁵ Pelizzari M., Lazimi G., Ibanez G., « Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généraliste d'Ile-de-France », *ERES*, « Cliniques méditerranéennes », 2013/2 n°88, p. 69-78.

³⁶ Qui s'intéresse également à la formation délivrée par le planning familial de Poitiers.

est nécessaire de repenser. Or, cela ne va pas de soi pour les jeunes médecins généralistes, car la fameuse « vie privée » et ce qu'il se passe pour les femmes derrière la porte de la chambre à coucher a été si largement maintenu dans le secret, que le médecin ose à peine, encore aujourd'hui, se risquer à l'entrouvrir. Enfin, une approche parcellaire du phénomène des violences, compris comme certes intolérable mais plutôt exceptionnel, adossée à une méfiance voire un rejet du féminisme tend à maintenir les médecins dans une certaine passivité face aux violences. Or, on l'a vu, seule une démarche active permet aux femmes victimes de violences de parler de leur situation³⁷. »

D'autres études associent médecine et lutte contre les violences comme celle de Pauline Delage et Marta Roca i Escoda : « Deux processus de sanitarisations. L'action publique contre les violences dans le couple dans deux cantons de Suisse Romande »³⁸. Cependant aucune étude consultée ne prend le point de vue qui sera développé ici.

Le point de vue adopté ici semble donc original. Il part du principe qu'on sait que les violences faites aux femmes représentent un vrai problème de santé publique contre lequel les médecins généralistes, en tant que premier.es interlocuteur.rices des victimes notamment, ont un rôle à jouer. Ainsi, on pourrait donc s'attendre à ce que les médecins généralistes et l'institution médicale avec elleux s'emparent du problème. Pourtant à l'heure actuelle les médecins sont très peu nombreux.uses à être formé.es et sensibilisé.es sur le sujet. Malgré le fait, nous l'avons vu, qu'une politique sanitaire soit souhaitée et demandée depuis de nombreuses années par différent.es acteur.rices, très peu de choses ont été mises en place. Il y a très peu de cours sur le sujet en fac de médecine, les formations sont peu nombreuses, parallèles aux cours donnés en fac de médecine et reposent sur le volontariat des médecins. Les moyens ne sont pas là non plus. Les médecins qui s'emparent du sujet sont donc minoritaires et souvent isolé.es. On en vient alors à se demander : Qui sont les médecins généralistes qui travaillent sur ce sujet, comment et pourquoi ? En d'autres termes : **Qu'est-ce qui fait qu'en l'absence d'une politique sanitaire claire et forte (avec des cours, des moyens etc.) sur le sujet des violences, des médecins généralistes prennent quand même en charge le sujet des violences ?**

L'enjeu de cette étude est donc de comprendre l'implication des médecins généralistes sur le sujet des violences.

³⁷ Lambert, S, « Apprendre à voir et entendre les violences contre les femmes en consultation de médecine générale: la formation des jeunes médecins généralistes au Planning familial de la Vienne », in *Le corps en Lambeaux*, 2016. p. 370.

³⁸ Delage, P., Roca i Escoda M. « Deux processus de sanitarisations. L'action publique contre les violences dans le couple dans deux cantons de Suisse Romande », *John Libbey Eurotext*, « Sciences sociales et santé », 2018/3 vol.36, p. 37-62.

On peut alors se poser un certain nombre de questions : Est-ce qu’iels s’impliquent par militantisme et en lien avec un engagement féministe ? Qu’est-ce qui les a poussé.es à s’intéresser à ce sujet ? Comment ont-iels été sensibilisé.es ? Est-ce qu’iels sont formé.es à la prise en charge des victimes de violences ? Comment agissent-iels face aux violences ? Qu’est-ce qu’iels pensent de la formation des médecins sur ce sujet ? Est-ce que toutes ces personnes se ressemblent et ont une même façon de pratiquer la médecine ?

Pour répondre à ces questions et cette problématique j’ai enquêté auprès de médecins généralistes de l’ancienne Région Poitou-Charentes (Académie de Poitiers), une population (que je présente ci-après, Partie I : III- B) de médecins généralistes impliqué.es sur le sujet des violences, car toustes y sont sensibilisé.es, et travaillent dessus. De plus, la plupart ont suivi une formation sur le sujet, et enfin iels ont toustes répondu positivement à ma demande d’entretien et participé à ceux-ci, ce qui fait preuve, là aussi, d’une certaine implication.

Avant de présenter la démarche d’enquête, on peut déjà, à partir de ce qu’on connaît du sujet, poser quelques hypothèses :

Hypothèses :

* Les médecins généralistes sensibilisé.es au sujet des violences et qui travaillent dessus sont principalement des femmes.

* L’intérêt et la prise en charge des violences dépendent de l’expérience et de facteurs externes tels que le militantisme. On retrouve dans l’engagement militant un caractère genré, avec une prédominance des femmes, car « l’engagement pour une cause suppose aussi d’y trouver un intérêt, au double sens du terme. » (Jacquemart, 2013).

* Ces médecins généralistes connaissent les recommandations, sur le dépistage systématique notamment, et les appliquent.

* Ces médecins sensibilisé.es déclarent être souvent confronté.es aux violences. Plus que les professionnel.les de santé interrogé.es par le Centre Hubertine Auclert qui déclaraient « ne « jamais » ou « rarement » recevoir des femmes victimes de violences »³⁹. Parce qu’iels connaissent les signes et dépistent plus.

³⁹ « “ Nous médecins, devenons le premier recours des femmes victimes de violences ” », *L’Obs*, consulté le 19 novembre 2019.

* Les jeunes médecins sont plus impliqués que les plus âgés, en raison du changement de paradigme en médecine générale avec un passage du biomédical au biopsychosocial, plus enclin à prendre en charge ce genre de thématique.

* Malgré une sensibilité et un réel intérêt pour les violences, les médecins ont du mal à prendre en charge ce rôle et sortir de l'idée de « vie privée » qui ne les concernerait pas. De plus, ils ont aussi du mal à conceptualiser ces violences dans un cadre d'analyse féministe en les considérant comme un phénomène social : celui des violences masculines à l'égard des femmes⁴⁰.

⁴⁰ Cette hypothèse étant basée sur les conclusions de l'article de Sabine Lambert. « Apprendre à voir et entendre les violences contre les femmes en consultation de médecine générale: la formation des jeunes médecins généralistes au Planning familial de la Vienne », in *Le corps en Lambeaux*, 2016. p. 370.

III- Procédure d'enquête

L'enquête présentée ici a été réalisée auprès de 17 médecins généralistes de la région autour de Poitiers, et 2 militant.es du mouvement pour le planning familial, une formatrice du planning de Poitiers et un animateur/formateur du planning d'Orléans. Ce sont essentiellement les entretiens avec les médecins qui seront mobilisés dans l'analyse.

A- Choix de la procédure d'enquête

Initialement j'aurais aimé effectuer un travail de recherche sur le mode de la recherche-action en combinant mon stage de fin d'étude et mon sujet de mémoire. Devant le constat qu'un vrai besoin de formation sur le sujet des violences à destination des médecins existait mais que peu de formations étaient proposées, j'ai contacté diverses structures en leur proposant, par candidature spontanée, de mettre en place ce genre de formation avec elles. Je me suis tournée vers des CIDFF, des plannings familiaux, et j'ai également pris contact avec des chef.fes de services de gynécologie-obstétriques des hôpitaux de Lyon (où j'aurais pu en même temps faire des observations). Devant les divers refus (ou absence de réponse) je me suis résolue à trouver un stage en dehors de mon sujet de recherche, que j'ai pu réaliser auprès de l'association Avenir Santé à Lyon pendant 6 mois dans le cadre d'un service civique. J'ai donc réorienté ma recherche en abandonnant le côté recherche-action et en me concentrant sur le rôle des médecins généralistes dans la lutte contre les violences, la conception que ceux-ci avaient de ce rôle et comment ils le mettaient en pratique.

A partir de là, ma procédure d'enquête a été particulièrement orientée par la lecture de l'article de Sabine Lambert : « Apprendre à voir et entendre les violences contre les femmes en consultation de médecine générale : la formation des jeunes médecins généralistes au Planning familial de la Vienne »⁴¹. En effet j'ai découvert l'existence de la formation du planning familial de Poitiers grâce à cet article, et j'ai décidé de prendre contact avec celui-ci pour effectuer un entretien sur cette formation. J'ai pu réaliser cet entretien en mars 2020 avec Fabienne P.*, qui à cette occasion m'a généreusement transmis les contacts d'ancien.nes participant.es à la

⁴¹ *Ibid.*

formation de 6 différentes sessions (de novembre 2016 :11^e promotion, à mai 2019 : 16^e promotion).

Je n'étais pas arrêtée au départ sur le type d'enquête que je souhaitais réaliser. Bien que le choix de l'entretien semi-directif se soit rapidement imposé à moi, j'avais également réfléchi à la potentialité de réaliser un questionnaire à destination des médecins, pour lequel j'avais des pistes de diffusion auprès des médecins généralistes maîtres de stages de la région notamment, grâce à un contact. Cependant l'entretien me semblait un moyen plus intéressant pour capter en même temps les discours et représentations des enquêtés, et entrevoir leur pratiques (par les discours sur celles-ci bien sûr). Et, c'était par ailleurs une méthode d'enquête simple à mettre en place à distance, ce qui était nécessaire dans le contexte où je l'ai réalisé (Covid19).

Concernant ma population d'enquête, mon choix n'était également pas arrêté au départ. Je me questionnais sur l'intérêt d'effectuer une étude par comparaison avec deux types de population : 1/ Des médecins formé.es au sujet des violences ; 2/ Des médecins à priori non sensibilisé.es. Une telle comparaison aurait pu être intéressante. Cependant, devant l'enthousiasme et l'intérêt qu'ont montré les premières personnes contactées par les biais des adresses données par Fabienne*, qui m'ont répondu en nombre, et au vu des premiers entretiens réalisés qui m'apportaient beaucoup de matière à réflexion, j'ai décidé de n'enquêter que sur cette population. Ce qui m'a permis d'effectuer 19 entretiens en tout, 17 avec des médecins généralistes, et 2 avec des militant.es en planning familial.

B- Population d'enquête

1) Recrutement des enquêté.es

Comme annoncé plus haut le recrutement des enquêté.es s'est fait assez facilement et rapidement. Ayant pris connaissance des listes d'ancien.nes participant.es fournies par Fabienne*, j'y ai sélectionné toutes les médecins et je leur ai envoyé un mail de prise de contact dans le but d'effectuer un entretien avec elleux. L'intitulé du mail envoyé était : « Retour d'expérience formation planning familial - demande d'entretien », puis j'expliquais ma démarche comme suis :

Bonjour,

Je suis étudiante en dernière année de Master de sociologie à l'Université Lyon 2. Dans le cadre de mon mémoire de recherche de fin d'étude je m'intéresse au rôle des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes.

J'ai rencontré Mme dans le cadre d'un entretien portant sur la formation délivrée par le planning familial de Poitiers : genre et santé sexuelle. Vous faites partie des personnes ayant suivi ces formations dont elle m'a donné le contact.

Si vous êtes d'accord, j'aimerais particulièrement pouvoir réaliser un court entretien avec vous, par visio-conférence (jitsi meet ou skype). Je vous laisse me communiquer vos disponibilités.

Je suis à votre entière disposition si vous avez des questions. Merci par avance pour votre réponse.

Cordialement,

Justine Poupard

J'ai très rapidement reçu des réponses. En tout, sur 36 mails envoyés j'ai reçu 15 réponses positives (et aucune négative, le reste étant resté sans réponse), parmi lesquelles 11 ont abouti sur un entretien, 2 ont répondu trop tard (fin octobre), 1 a répondu positivement au premier mail puis n'a plus répondu après (malgré mes relances) et 1 a répondu positivement, fixé un jour de rendez-vous mais n'était finalement pas disponible (nous avons tenté plusieurs autres rendez-vous qui n'ont pas pu aboutir). Fabienne P.* m'avait également parlé et donné le contact de la médecin généraliste avec qui elles avaient élaboré la formation en 2011 et qui participait toujours aux différentes sessions. Je l'ai contactée et c'est avec elle que je me suis entretenue en premier.

Pour les 5 autres médecins j'ai fonctionné par effet boule de neige. Ils m'ont été recommandés par des enquêté.es pour leur intérêt et sensibilité au sujet des violences faites aux femmes. Ils ont répondu positivement et avec beaucoup d'enthousiasme à ma demande d'entretien.

Il s'avère que parmi elleux 3 ont participé.es à la formation du planning familial dans des sessions antérieures à celles dont Fabienne* m'avait donné les contacts (sessions où à l'époque le sujet des violences n'était pas vraiment abordé). Ainsi, seuls 2 des médecins avec qui je me suis entretenue n'ont pas suivi la formation.

Enfin, le dernier entretien réalisé fut avec un animateur du planning familial d'Orléans – dont Fabienne* m'avait également parlé, puisqu'ils ont mis en place là-bas une formation semblable à celle de Poitiers en s'inspirant de leur expérience.

L'important intérêt dont ont fait preuve les enquêté.es m'a permis de réaliser tous mes entretiens en 1 mois jour pour jour (24 août -24 septembre). Je n'avais pas fixé le chiffre de 17

entretiens pour les médecins, j’attendais d’arriver au point de saturation des données⁴². Ce qui est arrivé au cours des derniers entretiens, en même temps que ma liste d’enquêtés potentiels touchait à sa fin.

2) Profils des enquêtés

Les profils présentés ci-dessous ne concernent que les médecins généralistes. Comme annoncé plus haut, c’est sur eux et les propos retenus pendant leurs entretiens que portera l’analyse présentée ci-après.

Pour simplifier les choses j’ai fait le choix de présenter les enquêtés sous forme de tableau, avec un classement par âge, en les présentant par leur noms anonymisés (que vous retrouverez tout au long de l’analyse) en indiquant : leur genre⁴³ ; leur type de pratique et intérêts associés ; le type d’exercice. Ces informations sont importantes et seront reprises dans l’analyse, n’hésitez pas à vous y référer régulièrement.

Participant.es Anonymisé.es	Age	Genre	Pratiques et intérêts	Type d'exercice
Dr Léa M.	27	F	Médecine générale	Interne en fin de formation
Dr Julie G.	27	F	Médecine générale	Interne en fin de formation
Dr Tom R.	27	H	Médecine générale	Remplaçant - pas encore thésé
Dr Manon C.	28	F	Médecine générale - Urgentiste	Travaille aux urgences d’un CHU
Dr Mélina L.	29	F	Médecine générale - Intérêt gynécologie	Remplaçante cabinet de groupe -médecine de ville - pas encore thésée

⁴² Le moment où les informations récoltées au cours des entretiens n’apportent plus de nouveaux renseignements sur le sujet étudié, aucune nouvelle information ou thématique n’émerge des données (Kohn, Christiaens).

⁴³ J’ai choisi ici de parler de **genre** quand la plupart des études, par convention parle de sexe. Je reprends ici l’idée avancée par le site Statistique Canada, qu’il y a plus de sens à parler de genre plutôt que de sexe, concernant une variable comme celle-ci :

« Le sexe et le genre renvoient à deux concepts différents. La prudence s'impose lorsque l'on compare les chiffres pour le sexe avec ceux pour le genre. Par exemple, le sexe féminin n'est pas la même chose que le genre féminin. La plupart des programmes de la statistique sociale devraient utiliser la variable « Genre de la personne » et la « Classification du genre de la personne ». La variable « Sexe de la personne » et la « Classification du sexe » doivent être utilisées lorsque des renseignements sur le sexe à la naissance sont nécessaires, par exemple pour certains indicateurs démographiques ou de santé. » □ ce qui n’est pas le cas dans cette étude.

« Cette norme désigne le genre que ressent intimement une personne et/ou le genre qu'elle exprime publiquement. La définition présentée dans le glossaire des termes et des outils sur le genre, l'équité et les droits de la personne de l'Organisation mondiale de la Santé diffère de cette norme en utilisant les caractéristiques socialement établies des hommes et des femmes pour désigner le genre. ».

https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=DEC&Id=410445 [dernière modification : 04/16/2019]

Dr Clara L.	30	F	Médecine générale - Intérêt gynéco	Remplaçante en rural et semi rural - récemment thésé
Dr Prune P.	30	F	Médecine générale - Intérêts gynéco, psychiatrie, hypnose	Remplaçante semi-rural - en train de rédiger sa thèse
Dr Mathilde J.	30	F	Médecine générale - DU de Gynécologie	Installation depuis 2 ans en cabinet de groupe zone semi-rural - Travaille à l'hôpital au centre de planification 1 jour/semaine
Dr Jeanne M.	30	F	Médecine générale - Intérêt hypnose	Installation en zone rurale en cabinet de groupe
Dr Julien A.	34	H	Médecine générale - Intérêt pour psychiatrie	Remplaçant en ville (quartier défavorisé) - Récemment thésé
Dr Paul X.	34	H	Médecine générale - Intérêt "médecine globale"	Installation en cabinet de groupe depuis 1 an en zone rurale/ semi-rurale
Dr Claire B.	38	F	Médecine générale - DU Gynécologie-obstétrique - Maître de stage	Installation en ville (quartier défavorisé) - Ancienne médecin de PMI, centre de planification
Dr Laurent X.	41	H	Médecine générale - DU de soins palliatifs et capacité de gériatrie - Maître de stage	Installation en maison de santé zone semi-rurale
Dr Fabien B.	43	H	Médecine générale - Spécialisé dans l'accueil de populations précaires	Médecin responsable d'une PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) dans un CHU - Ancien médecin généraliste libéral
Dr Virginie V.	45	F	Médecine générale - DU de Gynécologie Intérêts sexualité, psychiatrie - Maître de stage	Installation depuis plus de 10 ans en cabinet de groupe en zone urbaine - Travail dans un centre de santé (gynécologie)
Dr Sonia M.	45-50	F	Médecine générale - DU de gynécologie	Installation en ville, cabinet de groupe - Attachée du service de gynéco, dans un centre d'orthogénie - Prof de fac, habilitée à diriger des recherches
Dr Stéphane P.	66	H	Médecine générale - Spécialisation Handicaps - Maître de stage	Installation en zone rurale/semi-rurale en cabinet de groupe (bientôt maison de santé) - Médecin Coordinateur APF (Association des paralysés de France)

L'âge des enquêté.es varie donc entre 27 et 66 ans. On note une présence plus importante de femmes que d'hommes : 65% contre 35%. Toustes pratiquent ou ont pratiqué de la médecine générale (iels sont toustes diplômé.es en médecine générale), certain.es présentent d'autres intérêts. Toustes ne sont pas installé.es mais une grande partie travaille en cabinet de groupe ou maison de santé, et donc pas de manière isolée. Iels ont toustes fait leur étude de médecine (au moins l'internat de médecine générale) à Poitiers, et exercent aujourd'hui dans la région autour (ex-Poitou-Charente : Vienne, Deux-Sèvres, Charente, Charente-Maritime).

C- Réalisation de la méthode d'enquête : l'entretien semi-directif

J'ai fait le choix de réaliser une étude qualitative par le moyen d'entretiens semi-directifs. L'entretien semi-directif m'a semblé la meilleure méthode pour réussir à capter les discours, positionnements sur des sujets précis et en même temps apercevoir et comprendre les pratiques des médecins. Cela permet d'un côté de cadrer la conversation (plus qu'avec un entretien libre ou biographique) et de guider si besoin, et de l'autre ça laisse un peu de liberté aux enquêté.es pour s'étendre sur des sujets connexes et un espace pour rebondir, enchaîner sur des sujets auxquels je n'avais pas pensé (ce que ne permet pas l'entretien directif).

1) Elaboration du guide d'entretien

Pour cette enquête auprès des médecins j'ai élaboré deux guides d'entretiens, très similaires l'un de l'autre (combinés en un en ANNEXE 2). La seule différence étant le type de population auquel ils étaient destinés : 1/ Pour les médecins généralistes ayant suivi la formation auprès du planning familial, dont Fabienne P. m'avait transmis les coordonnées ; 2/ Les médecins généralistes dont on m'a donné les contacts en sachant qu'ils étaient sensibilisé.es au sujet des violences (j'ai découvert pendant les entretiens que parmi elleux certain.es avaient également suivi la formation). Ces guides s'articulaient en plusieurs sections. J'interrogeais d'abord :

- Le rapport à la médecine générale : études, sujet de thèse, exercice, choix de la médecine générale, valeurs associées au métier, *etc.*

Puis, pour ceux ayant suivi la formation :

- Le rapport à la formation du planning familial : comment ils en ont entendu parler, pourquoi y aller, intérêt, *etc.*

Pour toutes :

- Le rapport aux violences dans la pratique : comment ils se sont intéressés à ce sujet, l'occurrence des violences dans la pratique, la façon de faire face aux violences : dépistage, réactions, *etc.*
- La perception de la formation des médecins sur ce sujet : avis sur leur propre pratique, la pratique des autres, la formation à leur époque et maintenant, les recommandations, des propositions d'amélioration, *etc.*

Et enfin :

- Le positionnement sur une question d'actualité : la nouvelle loi⁴⁴ du mardi 22 juillet, destinée à mieux « protéger les victimes de violences conjugales », en introduisant notamment une exception au secret médical en cas de « danger imminent ».

J'ai choisi de ne pas recueillir de données socio-démographiques autres que l'âge dans mes entretiens, connaissant déjà la profession des enquêtés et donc par-là leur catégorie socio professionnelle et pensant à rendre mes entretiens les plus efficaces possible. Par peur de prendre trop de temps aux enquêtés très occupés (surtout en cette période) je n'ai pas approfondi sur ce sujet. Certaines de ces données auraient pu me manquer, mais finalement j'ai reçu des réponses sans avoir à poser de questions. Sur la situation civile et familiale notamment : certains enquêtés m'ont parlé de leurs enfants ou de leur grossesse (2 des enquêtées étaient enceintes), d'autres de leur conjoint.e, j'ai remarqué que certains encore portaient des alliances ; enfin certains m'ont parlé de leurs parents, de leur enfance et niveau de vie pendant celle-ci : parents médecin ou issus du domaine paramédical pour l'un, milieu peu favorisé pour l'autre. Ainsi sans poser de questions directes j'ai eu des réponses à ces questions, peut-être parfois plus complètes que si elles avaient été posées directement.

2) Passation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés à distance. En raison d'abord de la distance entre les enquêtés et moi-même : Lyon- Poitiers (même si j'ai grandi dans la région et que j'y ai de la famille), mais aussi et surtout de la situation sanitaire (épidémie de Covid19). Plusieurs types d'interfaces ont été utilisés pour réaliser les entretiens : Jitsi, Whatsapp, appel téléphonique. Le

⁴⁴ A partir de là et dans la suite du mémoire c'est par cette appellation « la nouvelle loi » que je me référerai à cette loi.

choix dépendait de ce qu'ils préféraient, même si ma première proposition était toujours jitsi (une application sans besoin de téléchargement qui me permettait d'enregistrer directement dans ma dropbox).

Tous les entretiens ont été enregistrés (vocalement et avec la vidéo pour certain.es grâce à Jitsi) avec le consentement des personnes interviewées (l'un d'entre eux s'est montré quelque peu réticent à l'enregistrement au départ, j'ai dû confirmer que ces enregistrements n'étaient destinés qu'à mon usage personnel, qu'ils ne seraient pas diffusés et que je serais la seule à les voir). Malheureusement un des enregistrements n'a pas fonctionné, mais je m'en suis rendue compte directement après et j'ai pu, grâce à mes prises de notes pendant l'entretien et aux souvenirs frais des réponses, reconstruire de manière satisfaisante l'échange.

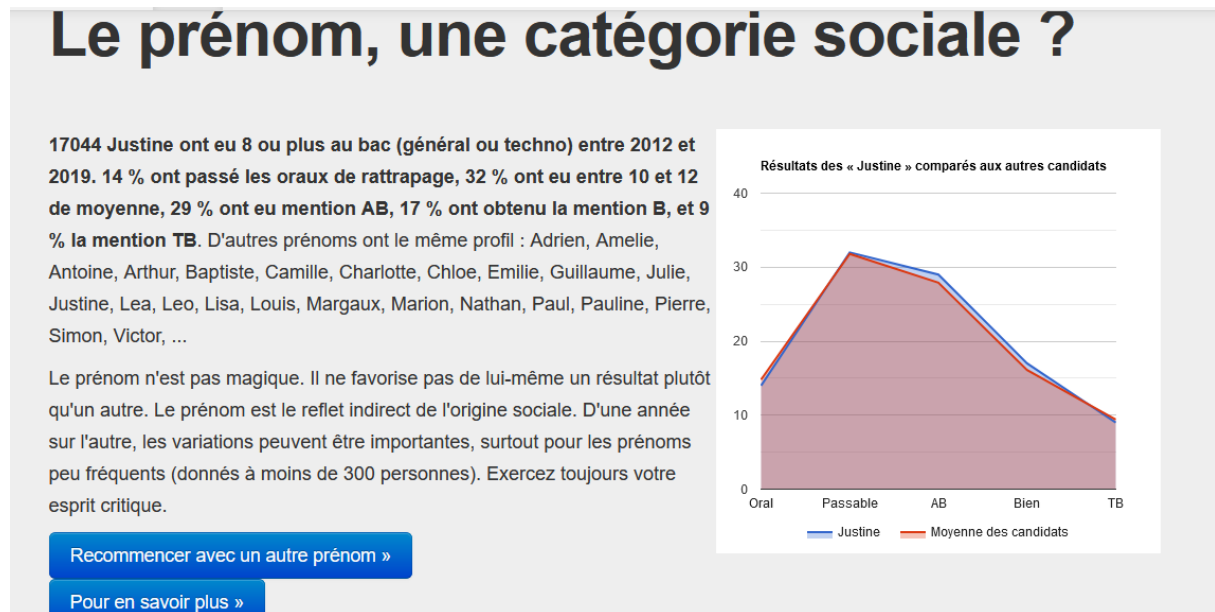
En moyenne ces entretiens ont duré 42 minutes (avec un minimum de 25 minutes et un maximum d'1h20).

3) Retranscription et anonymisation

Tous les entretiens (sauf celui dont l'enregistrement n'a pas marché) ont été retranscrits mot pour mot pour permettre l'analyse. Dès la retranscription et les premières relectures j'ai pu apercevoir des éléments clés, qui revenaient souvent dans les entretiens, ou encore semblaient plutôt isolés chez certain.es enquêté.es. A partir de là j'ai pu commencer à couper le texte, sélectionner ce qui me semblait important et le classer dans des tableaux par thèmes et sous-thèmes.

Pendant la phase de retranscription j'ai procédé à l'anonymisation des enquêté.es. Je me suis beaucoup questionnée sur celle-ci. Au départ j'avais choisi de ne garder que les initiales des enquêté.es en les présentant comme suit : Dr JP (pour Justine Poupard), par exemple. Mais cette formule ne me paraissait pas satisfaisante, tant par le fait qu'elle n'anonymisait pas totalement les participant.es, mais aussi parce qu'avec la perte du prénom elle « désincarnait » les enquêté.es et faisait perdre des éléments pouvant être importants sur la perception de l'identité des personnes. En effet, le prénom est un indicateur social qui peut donner des informations (pas toujours fiables, mais qui semblent essentielles) sur l'âge, le genre (même si il n'empêche pas de misgender les personnes), l'origine et le milieu social dont les personnes sont issues. Après discussion avec ma tutrice qui a appuyé ces éléments j'ai donc décidé de changer mon mode d'anonymisation en utilisant une des lettres des initiales comme prénom et en essayant de garder un type de prénom socialement similaire (en termes de consonance et d'origine ; d'originalité ; de caractère mixte ou non ; de longueur ; et de génération). Pour cela je me suis

appuyée – quand c’était possible- sur le simulateur créé par Baptiste Coulmont (sociologue) pour son « Projet mentions » qui établit sur l’événement « mention au bac » des profils de prénoms similaires⁴⁵. Voici une illustration avec mon prénom par exemple :



Cependant ce simulateur étant basé sur les données des résultats au bac de 2012 à 2018, j’ai rapidement remarqué que le simulateur ne marchait pas pour mes enquêtés les plus « âgés » ayant passé le bac il y a longtemps et pour laquelle la génération de prénoms ne correspond pas à leur génération réelle. Pour exemple, on voit qu’avec le prénom Martine le simulateur ne fonctionne pas car il donne comme prénom similaire : « Aleksandra, Annael, Billy, Dahlia, Fadel, Jean-Guillaume, Logane, Louan, Marjane, Martine, Nil, Omaima, Priscilia, Shanon, Steffi, Ylona, ... ». Soit des prénoms correspondant à la génération actuelle de jeunes gens, et non à celle d’une Martine de 50 ans, que j’aurais interrogée pour mon étude. Je n’ai donc utilisé le simulateur que pour quelques enquêtés pour qui les prénoms donnés me semblaient convenir, et pouvaient s’associer à une des initiales de leur nom (ce qui me permettait de m’y retrouver plus facilement). Pour les autres j’ai essayé de faire au mieux, de la façon la plus similaire avec une des initiales.

⁴⁵ Lien vers le simulateur : <http://coulmont.com/bac/> : conseillé en cours de méthode quali, 1^{er} semestre de M2 EGALES ; Pour plus d’information voir l’article sur le sujet sur le blog de Baptiste Coulmont : <http://coulmont.com/blog/2012/10/12/anonymiser-les-enquetes/>

D- Retour réflexif sur la méthode et les conditions d'enquête

1) Biais de recrutement

Le type de sélection des enquêtés que j'ai utilisé -passant par des contacts fournis par le planning familial, puis par effet boule de neige - engage, comme tout type de sélection, des biais.

J'ai pu identifier deux biais principaux pour ce type de sélection :

1. La « loyauté » envers le planning familial et ses militantes.

Surement amorcé par mon mail et son intitulé « Retour d'expérience formation planning-familial », j'ai pu m'apercevoir que les personnes qui m'ont répondu sont des personnes qui ont une très bonne opinion de la formation délivrée par le planning, mais également du planning et de ses membres en général. Iels témoignent toutes avoir bien vécu cette formation et sans forcément que celle-ci n'ait drastiquement changé leurs pratiques, elle leur a définitivement apporté⁴⁶.

2. L'intérêt pour mon sujet de recherche.

Là encore, ce biais a sûrement été amorcé par mon mail dans lequel j'annonçais m'intéresser au rôle des professionnel·les de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Mais également par l'effet boule de neige, qui a fait que les personnes vers qui on m'a orientée en dehors des contacts fournis par le planning sont des personnes qui travaillent sur ce sujet. On peut avancer, que les personnes qui m'ont répondu sont des personnes sinon concernées par le sujet, au moins intéressées et impliquées. C'est également ce qui ressort dans mon analyse, comme nous le verrons plus tard.

Je n'ai cherché aucune représentativité dans la construction de mon échantillon. Ainsi, la population enquêtée ne vise pas à être représentative de la population des médecins généralistes en France. L'ambition de cette étude n'est pas quantitative, mais bien qualitative comme le montre le choix de la méthode de récolte des données (l'entretien semi-directif) et de la méthode d'analyse (l'élaboration d'un idéal type).

⁴⁶ Ce qui sera précisé et développé dans la PARTIE II.

2) Déroutement des entretiens

Liée aux biais de recrutement présentés ci-dessus, la principale observation que j'ai pu faire sur mes entretiens est l'intérêt, voire même l'enthousiasme avec lequel les enquêté.es ont répondu d'abord à ma demande d'entretien, puis pendant les entretiens eux-mêmes.

Cet enthousiasme m'a permis de réaliser beaucoup d'entretiens, plus que j'avais espéré. En effet, la population des médecins est une population souvent très occupée, ainsi, sans dire qu'un terrain comme celui-ci est un terrain bouché, il peut s'avérer être compliqué et surtout difficile d'accès, d'autant plus dans le contexte actuel de pandémie (Covid19). Je ne m'attendais donc pas à autant de réponses, d'enthousiasme, de disponibilité (seul un de mes enquêté.es m'a demandé combien de temps cela allait prendre) et également d'envie de bien faire (une de mes enquêté.es m'a demandé à plusieurs reprises si elle répondait bien à la question ou a exprimé espérer bien répondre).

Beaucoup ont également fait preuve de bienveillance et ont compati avec ma situation évoquant leurs propres recherches pour la réalisation de leur mémoire de DU ou leur thèse de doctorat. Certain.es étaient par ailleurs en train de réaliser ces mémoires ou thèses et l'un d'entre eux m'a même demandé des conseils et ressources pour la réalisation d'entretiens⁴⁷.

Enfin beaucoup m'ont souhaité « bon courage » et m'ont demandé un retour sur ma recherche. Certain.es même ont signifié avoir appris des choses (sur la nouvelle loi notamment, pour laquelle j'avais préparé une fiche résumée à transmettre éventuellement⁴⁸) et m'ont remerciée.

J'ai par ailleurs tout de même rencontré quelques difficultés :

- Certain.es se sont présenté.es avec du retard pour les entretiens. J'ai parfois dû attendre 30 à 40 minutes, ce qui m'a demandé de faire preuve de beaucoup de disponibilité.

D'autres encore n'ont plus répondu après une première réponse favorable. Et, j'ai dû relancer certain.es parfois à plusieurs reprises sans vouloir paraître trop insistante.

- Enfin, c'était ma première réelle expérience de passation d'entretiens semi-directifs. Ainsi, il m'a semblé parfois difficile de trouver une bonne dynamique dans l'entretien et j'ai été à quelques reprises déstabilisée, notamment avec des enquêté.es jeunes qui n'avaient pas beaucoup d'expériences à partager et répondaient de manière directe et courte. J'ai parfois

⁴⁷ Je l'ai orienté vers l'ouvrage *La recherche qualitative en santé* (Kivits, Balard, Fournier, *et al*) disponible sur Cairn.

⁴⁸ Cf ANNEXE 3

trouvé cela difficile de faire durer ces entretiens dans ces conditions, ce qui a fait ressortir un sentiment d'échec. Même si finalement, à la relecture, je me suis rendu compte que ces entretiens m'apportaient des éléments que je n'avais pas encore eus et que les réponses rapides ou l'absence de réponse étaient un résultat en soit.

Parfois au contraire j'ai éprouvé quelques difficultés à cadrer le sujet, avec des enquêtés qui parlent beaucoup, digressent sur des sujets connexes ou pas forcément liés et finissent par s'éloigner vraiment du sujet.

Les relectures m'ont aussi permis de pointer des moments où j'aurais pu rebondir, relancer et creuser sur certains sujets, mais où je ne l'ai pas fait. Et d'autres moments, au contraire, où j'ai réussi à le faire, permettant d'engager des échanges poussés et de faire émerger des réponses et des idées jusqu'alors non abordées. En somme j'ai pu voir au cours des relectures une amélioration dans ma façon de faire et ma posture.

3) Posture personnelle

Il semble important d'aborder ici ma posture personnelle face au sujet :

J'ai été confrontée au sujet des violences sexistes et sexuelles au cours de ma vie, en tant que femme. C'est un sujet qui m'interpelle et représente pour moi l'un des plus grands marqueurs en termes d'inégalités femmes/hommes. Un marqueur qui tant qu'il ne bougera pas et même ne disparaîtra pas, témoignera toujours de la présence des inégalités et de la violence que représente le fait d'être une femme dans nos sociétés patriarcales. Lutter pour l'égalité et contre les discriminations signifie, pour moi, lutter contre les violences et pour ça il est nécessaire de mieux les repérer, mieux les comprendre et mieux les prendre en charge. Il y a, à mon sens, tout un travail à faire auprès des victimes de ces violences, et des professionnel.les (de la santé, du social, de l'éducation, *etc.*) qui sont en contact avec elles pour savoir comment mieux les repérer, les accompagner, les aider et les protéger ; mais également sur les auteurs, car comprendre les mécanismes des violences c'est permettre de mieux les combattre.

En 2017, j'ai pu suivre un cours en ligne (MOOC) sur la plateforme FUN, organisé en partenariat avec l'Université de Paris sur les violences faites aux femmes. Ce cours m'a particulièrement poussée dans le choix de ce sujet de recherche. En lien avec cela, c'est d'autant plus le fait d'avoir discuté de ces cours avec mon entourage, et notamment l'un de mes proches, médecin, qui m'a donné envie de travailler sur le sujet spécifique du rôle des professionnel.les de santé dans la détection des violences et l'accompagnement des femmes victimes de celles-

ci. Les chiffres révélés au cours des différentes séances, notamment ceux avancés par le docteur Lazimi : « 25 % des patientes sont concernées par des violences au cours de leur vie », n'étaient pas connus par cette personne, médecin depuis plus de 30 ans et l'étonnaient presque. N'ayant pas été formé à la détection des violences il doutait presque que celles-ci soient tant répandues. C'est à partir de ces discussions que j'ai commencé à travailler sur ce sujet, me renseigner et approfondir mes connaissances en la matière.

Quand j'ai commencé cette enquête et que je pensais pouvoir effectuer un stage en lien avec mon mémoire, j'envisageais de réaliser mon travail dans le cadre d'une recherche-action et d'adopter ce type de posture : **compréhensive, engagée et résolument féministe**. J'ai donc rapidement défini la posture que j'allais adopter. Et, bien que je n'aie pu réaliser une recherche action, je me suis tenue à cette posture :

- Compréhensive, au sens sociologique du terme⁴⁹. Cette posture me semble essentielle à la compréhension d'un fait social, et donc importante pour la réalisation d'entretiens visant, comme c'est le cas ici, à saisir l'implication des médecins généralistes dans la lutte contre les violences.
- Engagée, car même si je n'ai pas pu participer à l'élaboration et/ou l'organisation de formations à destination des professionnel.les de santé, je pense que mon travail par son objet même peut avoir eu un impact sur les médecins que j'ai rencontrés. En les invitant à réfléchir à leurs pratiques, leurs réflexes, leurs façons de répondre aux besoins des patient.es, leurs besoins d'être mieux formé.es ... je pense avoir pu soulever des questions, des doutes et révéler des besoins, des envies d'amélioration des pratiques et de formation. De plus, j'ai pu fournir à certain.es des informations et des ressources qu'iels ne connaissaient pas, et pour lesquelles iels m'ont remerciée. C'est par ailleurs ce qui s'est passé avec les professionnel.les de santé de mon entourage. Les multiples discussions que j'ai eues avec iels depuis quelques années ont engagé

⁴⁹ Dans le but de comprendre un fait social, comme Valentina Grassi le résume : « La compréhension du monde social se fonde sur une participation empathique, théorique mais aussi vécue, à l'ambiance qui nous entoure, afin de saisir le sens et l'intention que les personnes attribuent à leurs actions et à leur être au monde.[...] . Il n'est pas possible de saisir la réalité humaine dans sa plénitude et sa complexité, « à cause de la multiplicité de ses éléments constitutifs, des données naturelles et historiques aux origines culturelles, familiales, ethniques » ; c'est pourquoi on suggère une attitude d'écoute, « se laissant aller aux choses », n'oubliant jamais « l'inépuisable opacité de l'expérience cf « Sociologie compréhensive et phénoménologie sociale », dans : , *Introduction à la sociologie de l'imaginaire. Une compréhension de la vie quotidienne*, sous la direction de Grassi Valentina. Toulouse, ERES, « Sociologie de l'imaginaire et du quotidien », 2005, p. 61-93.

des vraies réflexions sur leurs pratiques, iels s'informent plus, m'en parlent, et ont conscience de l'importance que peut représenter une formation sur le sujet.

- Féministe, parce que ce sont ces convictions qui me portent et qui m'ont poussée à faire ce Master et travailler sur ce sujet. En effet, je suis convaincue que l'égalité ne sera jamais atteinte tant que les violences et leur système perdureront. Il me semble donc important d'engager une déconstruction des rapports de genre et repenser les normes patriarcales de notre société. Un travail sur les violences et le rôle que peuvent jouer les professionnel.les de santé dans leurs dépistages, la prise en charge et l'accompagnement des victimes, semble en adéquation avec cette démarche. De plus, l'aspect féministe de ma posture se révèle également par l'utilisation de notions mises aux jours par des chercheuses féministes, comme le continuum de la violence⁵⁰. Ainsi que l'application de modèles de pensée féministes comme la conscience nette de la production d'un savoir situé (au sens de Donna Haraway), la reconnaissance d'une capacité d'agir dans la production de connaissances⁵¹, et le besoin de les définir pour travailler au mieux avec :

Je suis une femme, jeune, blanche, issue d'un milieu aisé, qui a eu à faire face à des violences masculines au cours de ma vie, sur moi et des femmes de mon entourage. Ces violences me révoltent, et j'aimerais participer, autant que possible aux luttes engagées contre celles-ci. J'ai une certaine connaissance des milieux médicaux, certain.es de mes proches étant : médecins, infirmier.es et sages-femmes ; j'ai donc pu pointer des manques en matière de formations et de prise en charge, manques que j'ai également vu confirmer dans certaines de mes interactions avec des professionnel.les de santé ainsi que dans certaines racontées par mes amies concernées par les violences.

Enfin, c'est également par l'emploi tout au long de ma recherche de l'écriture inclusive et d'un protocole d'écriture non discriminante (présenté en amont) que se révèle également ma posture féministe. Même si, à mon sens, ce type d'écriture devrait être généralement employé dans un souci d'exhaustivité et de clarté.

⁵⁰ Kelly, L., traduite par Tillous, M., « Le continuum de la violence sexuelle », *Cahiers du genre*, L'Harmattan, 2019/1 n°66, p.17-36

⁵¹ Kerr, Elisabeth, et Wendy Faulkner, « De la vision des Brockenspectres. Sexe et genre dans la science du XXe siècle ». *Les cahiers du CEDREF. Centre d'enseignement, d'études et de recherches pour les études féministes*, no 11 (janvier 2003): p.8 citant **Donna Haraway** dans Haraway D., « Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective », *Feminist Studies*, 1988, 14 (3), p. 598.

Définie bien en amont de mon travail de recherche, c'est à cette posture que je me suis tenue pendant mon enquête, cependant, je ne l'ai pas particulièrement signifiée à mes enquêté.es. Je ne me suis pas présentée comme militante féministe, et j'ai même parfois annoncé être en Master de Sociologie, plutôt qu'Etudes sur le genre. Toutefois, le sujet sur lequel je travaille n'étant pas neutre, ma posture a dû ressortir à plusieurs reprises, notamment par mon choix de parler de « violences faites aux femmes » par exemple. J'ai pu ainsi avoir des conversations, hors entretiens, portant sur le genre avec certain.es enquêté.es.

IV- Présentation de la méthode d'analyse

A- Choix d'une méthode d'analyse : élaboration d'un idéal type

Dès la retranscription et les premières relectures j'ai pu apercevoir des éléments clés qui revenaient souvent dans les entretiens, ou encore semblaient plutôt isolés chez certains enquêtés. J'ai également vu des profils similaires revenir à plusieurs reprises. Un classement des données par thèmes et sous-thèmes m'a permis de rendre plus claires ces observations. A partir de là et après discussion avec ma tutrice Corinne Rostaing -tout en gardant en tête l'objectif de mon étude : comprendre l'implication des médecins généralistes sur le sujet des violences - j'ai fait le choix d'utiliser pour méthode d'analyse l'élaboration d'un idéal type.

Une démarche fondamentale de la sociologie pour Max Weber qu'il résume ainsi :

« On obtient un idéaltype en accentuant unilatéralement un ou plusieurs points de vue et en enchaînant une multitude de phénomènes donnés isolément, diffus et discrets, que l'on trouve tantôt en grand nombre, tantôt en petit nombre et par endroits pas du tout, qu'on ordonne selon les précédents points de vue unilatéralement, pour former un *tableau de pensée* homogène. On ne trouvera nulle part empiriquement un pareil tableau dans sa pureté conceptuelle : *il est une utopie.* ».⁵²

Les conseils de Dominique Schnapper⁵³ m'ont été précieux pour la mise en œuvre de cette méthode qu'elle considère comme « *un instrument privilégié de la compréhension sociologique* » et un des meilleurs « *moyen de rendre intelligibles les relations sociales entre les hommes.* » par l'établissement d'un « *tableau simplifié et schématisé de l'objet de la recherche* »⁵⁴. Les différents travaux qu'elle cite comme celui qu'elle a réalisé sur le chômage ou celui de Corinne Rostaing⁵⁵ sur les relations sociales à l'intérieur de la prison, m'ont permis de me faire une idée de la démarche à suivre pour l'élaboration d'un idéal type. Celle-ci consistant en la confrontation « *des résultats obtenus par l'enquête – classés dans une première*

⁵² Max Weber cité par : Serge Paugam in *Les 100 mots de la sociologie*, « Chapitre II- Méthodes », Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2010, p.23-43.

⁵³ Particulièrement l'article : « 14 – Élaborer un type idéal », p. 291-310 in Paugam S., *L'enquête sociologique*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2012. Et son ouvrage : *La compréhension sociologique : Démarche de l'analyse typologique*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2012.

⁵⁴ Schnapper D., : « 14 – Élaborer un type idéal », p. 291-310 in Paugam S., *L'enquête sociologique*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2012.

⁵⁵ Rostaing C., *La relation carcérale. Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes*, Paris, puf, « Le Lien social », 1997. Cité par D. Schnapper *La compréhension sociologique : Démarche de l'analyse typologique*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2012.

étape en « tas », c'est-à-dire regroupés en fonction de leur sens – et l'hypothèse historique et macrosociologique, explicitée et formulée soit avant la recherche, de manière déductive, soit au cours de l'interprétation du matériau d'enquête, de manière inductive. »⁵⁶.

C'est donc cette démarche que j'ai suivie, ou plus exactement une démarche s'approchant de celle de C. Rostaing que D. Schnapper présente comme une démarche inductive effectuée en partant :

« d'une répartition très empirique de son matériau d'enquête – « méthode des tas » – avant de parvenir, par tâtonnements et interrogations, à proposer non plus une classification des personnes, mais une double typologie : celle de l'épreuve que vivent les détenues et celle du rapport des personnels de surveillance à leur métier. » qu'elle a par la suite mis en relation et confronté permettant de « intelligibles les relations entre détenues et gardiennes observées pendant l'enquête et les justifications qui en avaient été données par les unes et les autres. ».⁵⁷

B- Présentation de la démarche

J'ai donc également mené ma propre démarche de manière **inductive**, « par tâtonnement et interrogations ». Une de mes principales observations à l'étude des matériaux recueillis pendant l'enquête a été que les médecins enquêtés avaient une grande conscience des lacunes des institutions sanitaires et médicales sur ce sujet des violences. Tous ont regretté l'absence de formation sur ce sujet, en dehors de recommandations peu suivies car peu connues (si on ne les cherche pas) et ont critiqué les quelques cours qui ont été mis en place récemment :

« Dr Sonia M. : Maintenant on prépare un peu les étudiants à rédiger des certificats de coups et blessures mais absolument pas la détection. »

« Dr SM : Oui mais bon il faut le rechercher [les recommandations] pour le voir passer. Donc tout médecin lambda, les recommandations n'arrivent pas à lui. Donc y a que si il va chercher qu'il les aura. »

⁵⁶ Schnapper D., « Chapitre 5 », *La compréhension sociologique : Démarche de l'analyse typologique*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2012, p. 129-144.

⁵⁷ *Ibid.*

« Dr Clara L. : *C'est une catastrophe [rires]. La seule chose qu'on apprend dans notre cursus commun avec toutes les spécialités, la seule chose qu'on apprend pour le concours, c'est comment, quelle prise de sang faire quand y a une personne qui vient et qui s'est fait violer. Voilà. C'est la seule chose qu'on apprend. Donc ... et du coup c'est vraiment une catastrophe quoi.* »

C'est à partir de cette observation que j'ai pu élaborer ma question de recherche, présentée plus haut, visant à comprendre l'implication des médecins généralistes sur ce sujet des violences, malgré l'absence de soutien institutionnel et de préparation par les instances médicales.

Une fois cette question posée, j'ai par la suite commencé à regrouper mes données en catégories et sous catégories, ce qui m'a permis de mettre à jour des « thèmes » principaux :

- Le rapport des médecins à la médecine générale
- La façon de penser le rôle de médecins généralistes face aux violences
- L'appropriation du sujet des violences faites aux femmes
- La façon de faire face aux violences
- La façon de parler des violences et des victimes
- Le rapport aux violences
- Le rapport à la formation
- Le rapport au féminisme
- Le rapport au genre

En regroupant ces thèmes, et par la réduction des attributs j'ai pu arriver à l'élaboration de 3 typologies « préliminaires » (pour reprendre l'expression de Lazarsfeld⁵⁸) fondées sur des attributs fondamentaux.

Comme Corinne Rostaing l'a fait avec son sujet en élaborant deux typologies différentes (préliminaires) pour comprendre les relations sociales à l'intérieur de la prison : une concernant le vécu des prisonnières en prison ; l'autre, la façon de concevoir leur mission par les gardiennes. J'ai réalisé que pour comprendre l'implication des médecins généralistes sur le sujet des violences et la rendre intelligible (l'enjeu de mon étude) je devais : d'un côté comprendre leur relation aux violences, c'est-à-dire comment iels y sont sensibilisé.es (1) et quelles postures

⁵⁸ Cité par Schnapper D., « 14 – Élaborer un type idéal », p. 291-310 in Paugam S., *L'enquête sociologique*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2012.

et pratiques iels adoptent face à celles-ci (2) ; et, de l'autre, comprendre la relation de ces médecins à la médecine elle-même et leur façon de la pratiquer (3). Ainsi, j'ai abouti à ces 3 typologies préliminaires :

1. Typologie de la sensibilisation aux violences
2. Typologie de la posture des médecins face aux violences
3. Typologie de ces médecins généralistes (et leur façon de pratiquer la médecine)

Et, gardant pour ambition l'élaboration d'une typologie systématique, souhaitée par Lazarfeld, j'ai par le croisement de ces 3 typologies, pu aboutir à une typologie croisée rendant intelligible l'implication des médecins généralistes sur le sujet des violences, en présentant une typologie de ces médecins qui s'impliquent.

L'objet de la **PARTIE II**, qui suit, sera de présenter plus en détails cette démarche d'analyse et ses résultats.

PARTIE II : Analyse et résultats

Cette deuxième partie présente l'analyse des matériaux recueillis au cours de l'enquête, permettant de répondre à la problématique posée en amont. Pour rappel, celle-ci vise à comprendre l'implication des médecins sur le sujet des violences faites aux femmes malgré l'absence de support, soutien et encouragement des instances médicales et sanitaires.

Pour comprendre cette implication, il semble intéressant de s'intéresser à 3 enjeux différents :

I. Le type de sensibilisation aux violences qu'ont connu les médecins généralistes impliqués sur ce sujet et interrogés dans cette étude. Soit, d'où vient leur intérêt et quel caractère prend cette sensibilisation.

II. Le type de posture mise en place par ces médecins face aux violences. Soit, l'expression de leur implication effective contre les violences.

III. Le type de médecin, élaboré à partir de la relation avec les patient.es. On s'intéresse au type de médecine pratiquée. Soit, la figure du médecin à laquelle ils s'identifient de manière générale, en dehors même du sujet des violences, et qui influe sur leur implication sur ce sujet.

On retrouvera ainsi les trois typologies préliminaires présentées ci-dessus, permettant, dans un dernier temps, de présenter les grands résultats de l'enquête, d'élaborer une typologie systématique de l'implication des médecins sur le sujet des violences faites aux femmes en présentant l'idéal type du médecin impliqué.e et de revenir sur les hypothèses de départ.

Il semble important de répéter ici les enjeux de l'élaboration d'une typologie. Celle-ci consistant, on l'a vu au-dessus, à forcer le trait de la réalité, pour rendre le réel intelligible. Ainsi, les types élaborés ici, ne se retrouvent pas exactement dans le réel, et les conceptions associées à ces types et aux médecins placés dans ceux-ci ne correspondent pas exactement au positionnement des médecins eux-mêmes.

I – La sensibilisation aux violences

Pour comprendre l'implication des médecins généralistes interrogé.es sur le sujet des violences faites aux femmes il convient de s'interroger sur la manière dont ces médecins sont sensibilisé.es à ce sujet. Une question qui contient deux enjeux :

1. Qu'est-ce qui fait qu'iels s'y sont intéressé.es ? Autrement dit comment iels ont été sensibilisé.es aux violences ?
2. Quel caractère recouvre cette sensibilisation ? Soit, comment conçoivent-iels ces violences ?

Deux enjeux différents qui sont apparus liés au cours de l'analyse.

Concernant ma population d'enquête on peut voir trois grands traits différents – des types - ressortir relatifs à la genèse de leur intérêt pour les violences et leur façon de concevoir celles-ci.

A- La sensibilisation médicale

On retrouve dans ce type les docteur.es Julie G., Léa M. et Tom R., les trois enquêté.es les plus jeunes. Iels sont sur le point de finir leurs études ou ont juste terminé, et n'ont pas encore passé leur thèse de doctorat.

1) L'intérêt scientifique

C'est là le premier type d'intérêt identifié dans ma population d'enquête : l'intérêt scientifique, lié à la volonté d'étendre le champ de leur connaissance et combler les lacunes de la formation initiale de médecine générale délivrée par l'université.

Les médecins généralistes attaché.es à ce groupe ont été sensibilisés aux violences dans le cadre de la formation du planning familial de Poitiers. Iels y avaient rarement été confronté.es avant cette formation. Ce sont de jeunes médecins en fin de formation et sur le point de réaliser leur thèse. Iels ont donc peu d'expériences de terrain, malgré les quelques stages réalisés en cabinet

médical pendant leur internat de médecine général. Ainsi, iels témoignent uniquement de quelques cas de violences rencontrés dans le cadre de leurs pratiques jusqu'à présent, dont un ou deux avant la formation (avant d'être sensibilisé.es) et quelques-uns après.

Iels ont entendu parler de cette formation par le biais des réseaux sociaux de l'université sur lesquels l'offre de stage est publiée à chaque session (page facebook des internes ou encore un email envoyé par le syndicat des étudiants en médecins). Iels y sont parfois allé.es sans trop savoir à quoi s'attendre et pas uniquement pour parler du sujet des violences. Comme en témoignent les Docteurs Julie G. et Tom R. :

« Dr JG : J'avais vu effectivement que c'était 6 journées, que ça tournait autour de la sexualité, du genre et des violences notamment faites aux femmes. Et c'était un sujet qui m'intéressait, sur lequel j'avais pas beaucoup euh... finalement on n'est pas formé en fait dans notre formation de base et c'est vrai que je me suis dit que ça pouvait être un bon complément. Je me suis dit ben pourquoi pas ? On va voir ce que c'est. »

« Dr TR : Alors au départ je savais pas trop en quoi ça consistait. Je pensais que ça allait être plus contraception, gynécologie. 'fin voilà je savais pas trop quoi. Et vu que j'avais un petit peu de temps durant mon stage, je me suis dit ben voilà autant voir le plus de choses possibles. Donc c'était principalement pour ça. Mais c'est vrai que j'étais bien étonné du sujet et... et content aussi. »

Avec ces citations on comprend aussi que c'est par curiosité scientifique et désir d'apprendre, « voir le plus de choses possibles », que ces étudiant.es futur.es médecins ont choisi de suivre cette formation. Mais également -et c'est ce qui ressort chez toutes ces enquêté.es- pour compléter des lacunes de leur formation initiale en médecine générale. Comme le rapporte aussi Léa M. :

« Dr LM : C'est vrai que c'est... on a pas mal de choses en médecine générale sur lesquelles on n'est complètement pas formé ou on est censé apprendre sur le tas, ou faire des petits ateliers comme ça qui sont pas du tout en fait pris en charge par la fac. Euh ouais c'est que du bonus pour la formation derrière. »

2) Les violences comme enjeu de santé public auquel iels seront confronté.es

Même si ces médecins sont jeunes et peu expérimenté.es iels savent qu'iels seront probablement confronté.es aux violences dans le futur :

« Dr Léa M. : J'ai pas été dans toutes les situations dont on a parlé au planning familial[...] mais ça va m'arriver forcément. »

Iels estiment que la formation leur a beaucoup apporté et iels la recommandent toustes à d'autres médecins. Elle leur a donné des clés pour mieux aborder ce sujet -parmi d'autres-, y penser plus également en connaissant les symptômes associés, et aborder la question sans gêne.

Comme le confie le Dr Léa M. :

« Dr LM : Et après parler de la contraception et puis oser demander aussi comment se passe sa sexualité pour pouvoir l'aider derrière, ça oui je teste. Et bah sans gêne. Et comme on n'est pas gêné, le patient derrière il est pas gêné parce qu'il trouve que c'est normal d'en parler. »

La sensibilisation de ces médecins sur ce sujet reste assez liée à leur intérêt scientifique, leur goût du savoir et l'envie de faire au mieux, d'être de bon.nes médecins. Les violences sont pour elleux un sujet auquel iels peuvent être confronté.es dans leur pratique et c'est pour ça qu'il est important qu'iels le connaissent et sachent réagir si iels y sont confronté.es. Cependant ce n'est pas un sujet qui semble prédominant dans leur pratique quotidienne, -ce qui pourrait être amené à changer au fur et à mesure de leurs expériences. Iels perçoivent donc les violences comme un problème de santé publique auquel les médecins généralistes sont confronté.es. Ainsi, les médecins de ce groupe connaissent et tentent de mettre en application les recommandations de l'HAS sur le sujet des violences conjugales (cf ANNEXE 4), par exemple. Iels ne s'étendent pas sur leur façon de concevoir les violences, comme on peut voir ceux des autres groupes le faire. Celles-ci sont évoquées et semblent être pensées comme un problème sanitaire comme un autre qu'iels seront amené.es à traiter et prendre en charge.

B- La sensibilisation sur le tas, une conception « psy » des violences

On retrouve un certain nombre de médecins dans ce type de sensibilisation : Sonia M., Clara L., Jeanne M., Julien A., Méлина L., Stéphane P., Mathilde J., Prune P..

1) Les expériences sur le « tas » pour sensibilisation

Les médecins de ce groupe ont été sensibilisé.es aux violences sur le « **tas** », avant la formation ou hors de la formation du planning familial. Comme en témoigne ici le Dr Méлина L. en répondant à ma question :

« E⁵⁹ : *vous étiez déjà sensible à ces questions avant de venir à la formation ?*

Dr ML : *Alors pour répondre honnêtement, pour venir, juste avant de venir à la formation : oui. Avant d'être interne en médecine : non. C'est par le biais de mes stages en internat, que j'ai eu, que j'ai été confrontée à des situations de violences, ou j'ai pas forcément su y répondre. »*

Certain.es n'ont pas participé à cette formation, d'autres encore comme le Dr Clara L. estiment avoir été vraiment sensibilisé après la formation par des expériences de terrains :

E : *Ok et du coup sur la question des violences faites aux femmes, votre intérêt comment il est venu ? Est-ce que vous l'aviez avant ?*

Dr CL : *Alors ça je m'en souviens plus trop. Euh non. Non. Je pense que je l'avais pas avant. Effectivement on en a parlé et après du coup... Non je pense qu'à ce moment-là effectivement, c'était pas ... Et non en fait c'est plus après. Mon stage après. Ou du coup j'étais avec une personne qui faisait beaucoup de ... qu'était vraiment là-dedans. Du coup ... Et ça m'a vraiment 'fin j'ai vu comment elle travaillait et ça m'a vraiment sensibilisé.*

Souvent ces premières expériences sur le tas ont poussé à vouloir en savoir plus, se former, voire même se spécialiser sur ce sujet. Ainsi, deux des enquêté.es ont travaillé ensemble sur ce sujet pour leurs thèses de médecine.

Ces médecins ont des intérêts autres que la médecine générale « pure ». La plupart ont des formations parallèles (DU ou DIU) en plus : en gynécologie et psychiatrie principalement, mais

⁵⁹ « E » pour enquêtrice.

également sur le handicap, par exemple. C'est aussi par ces biais qu'ils en sont venu.es à s'intéresser aux violences, comme l'explique le Dr Sonia M avec la gynécologie :

« Dr SM : *Je crois qu'au début je faisais un peu comme tout le monde, je m'en rendais pas tout à fait compte. J'étais peut-être plus sensibilisée au viol. A cause de la gynécologie en fait, y a des femmes qu'on n'arrive pas à examiner à cause de ça. Et puis ... de fil en aiguille euh... bah je me suis rendu compte de choses. Des symptômes qui étaient liés à ça. De... Maintenant je repère. »*

2) Les violences comme enjeu médico-psycho-social

Les médecins de ce groupe ont donc été sensibilisé.es aux violences faites aux femmes par des expériences de terrains. Ce qui a fait naître chez elleux la volonté de faire évoluer leurs pratiques, et éventuellement se former, pour répondre au mieux aux besoins des patientes. Il en résulte que ces médecins sont beaucoup plus confronté.es aux violences dans leur pratique que ceux du premier groupe et déclarent en voir quasiment quotidiennement. Certain.es pensent même qu'ils pourraient en voir plus si ils faisaient plus attention et prenaient plus le temps. Ils ont une connaissance importante du phénomène des violences : connaissent bien les chiffres ; les symptômes associés ; etc.

La sensibilisation au sujet des violences vient des expériences et de la volonté de prendre en charge le.a patient.e au mieux. C'est par les expériences liées aux violences, et les conséquences de celles-ci qu'ils ont vu sur les patient.es, que ces médecins se sont intéressé.es à celles-ci. C'est donc dans cette même idée d'impact médico-psycho-social que sont conceptualisées les violences pour ces médecins. On voit par ailleurs chez ces médecins une prédominance du modèle biopsychosocial d'Engels (évoqué dans la PARTIE I : I- Contextualisation) avec la volonté de mettre le patient, son histoire et son environnement au centre du parcours de soin⁶⁰. Car, comme le déclare Sonia M. la prise en charge des violences : « *C'est du soin avant tout.* ». Ainsi, on peut voir chez ces médecins une tendance à adopter des approches « psy » des violences, en accordant une grande importance à des notions issues de ces modèles de pensée comme : l'**emprise**⁶¹ ou encore la sidération.

⁶⁰ Un sujet sur lequel on reviendra Partie II : III-B.

⁶¹ Le Dr Sonia M. est celle des enquêté.es qui mobilise le plus cette notion. Dans l'ensemble de son entretien j'ai pu comptabiliser au moins 16 occurrences de ce mot.

Les écrits et études citées par les médecins concernant les violences sont celles de Muriel Salmona ou Marie-France Hirigoyen, toutes deux psychiatres travaillant sur ce sujet.

Les violences ne sont pas conscientisées comme un phénomène lié à la domination masculine et au patriarcat, bien qu’iels déclarent que les femmes sont les premières victimes et celles qu’iels voient le plus. Toustes me précisent qu’il y a aussi des hommes qui subissent des violences et des enfants⁶².

En ce sens, la notion d’emprise, par exemple, est présentée par certain.es comme une forme de violence pouvant être exercée autant par des hommes que par des femmes :

« Dr Sonia M. : *Mais c’est vrai qu’il y a aussi des femmes violentes, mais pas physiquement, qui mettent des hommes sous emprise.* »

On voit donc chez les médecins de ce groupe un détachement de l’approche féministe des violences (qui ont fait émerger ce sujet comme un problème de santé publique comme présenté en contextualisation) pour une approche plus psychothérapeutique et psychanalytique avec des discours assez similaires à ceux observés par Pauline Delage et Marta Roca i Escoda⁶³, dans leur article « Deux processus de sanitarisation. L’action publique contre les violences dans le couple dans deux cantons de Suisse Romande » sur l’action publique dans le canton de Genève. Dans cet article, les autrices montrent que le processus de sanitarisation du sujet des violences dans le couple s’est accompagné dans le canton de Genève d’un détachement des approches féministes sur les violences (alors que ce sont ces approches qui avaient lancé le processus) pour une orientation plutôt issue de ce qu’elles appellent la « psychologie systémique » :

« L’insistance sur la complexité de la violence conjugale s’appuie donc sur une conception issue de la psychologie systémique, très présente en Suisse romande, qui permet non seulement de brouiller les catégories de victimes et auteurs en forgeant celle de victimes agresseurs mais aussi de réaffirmer la notion de coresponsabilité. ».⁶⁴

Une conception qu’on retrouve chez certain.es des enquêté.es, notamment concernant la démarche qui accompagne selon les autrices de l’article cette « psychologie systémique » :

⁶² Sans que je n’aie jamais exclu les enfants des violences auxquelles je m’intéresse, puisque comme on l’a vu en CONTEXTUALISATION beaucoup de violences envers les femmes arrivent dans l’enfance

⁶³ Delage, P., Roca i Escoda M. « Deux processus de sanitarisation. L’action publique contre les violences dans le couple dans deux cantons de Suisse Romande », *John Libbey Eurotext*, « Sciences sociales et santé », 2018/3 vol.36, p. 37-62.

⁶⁴ *Ibid.*

« le « refus de la stigmatisation simpliste « homme bourreau et femme victime » (Bourgoz, 1997:5). »⁶⁵. Un discours qu'on retrouve dans les propos de Sonia M. par exemple, qui voit les violences comme un système propre, et désigne l'agresseuse comme une « psychopathe », un terme emprunté à la psychiatrie (référéncé dans le DSM5 par exemple) :

« Dr SM : [...] On utilise potentiellement tous un petit peu ça et beaucoup de femmes aussi ... Voilà. **Je pense qu'il ne faut pas incriminer que les hommes, mais que la violence c'est un système.** C'est un système qui est mis en place pour obtenir de l'autre ce dont on a envie ou besoin. Y aussi des hommes qui sont prisonniers d'une situation de couple, ou elle a jamais travaillé parce que ça l'arrange bien, elle. Et elle profite de la situation financière du conjoint. Qu'est pas heureux dans cette situation-là. Et où c'est pas LUI qui l'oblige à rester à la maison, mais c'est ELLE qu'était pas capable d'aller travailler parce que c'est elle qu'est psychopathe. Sans être violente physiquement hein. Parce que nous on le peut moins. »

Chez cette enquêtée le détachement de l'approche féministe va même plus loin, elle se déclare « Féministe au sens humaniste », et pense le matriarcat « aussi violent que le patriarcat ». Mais ce n'est pas le cas de toutes les enquêtées qui, la plupart du temps, ne sont pas allées très loin dans les entretiens sur leur façon de concevoir les violences.

Ainsi, bien que la formation du planning familial aborde -comme le rapporte Sabine Lambert⁶⁶- la question des violences « en les remplaçant dans leur contexte patriarcal », c'est-à-dire qu'elles « ne sont pas présentées comme des violences survenant par hasard, quel que soit le genre des individus », mais « comme des violences masculines commises contre des femmes dans le but de maintenir la domination d'un sexe sur l'autre »⁶⁷, cette perception militante n'est pas reprise par toutes les médecins ayant participé à la formation.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ Ce que Fabienne P.* m'avait également confirmé pendant l'entretien réalisé avec elle.

⁶⁷ Lambert, S, « Apprendre à voir et entendre les violences contre les femmes en consultation de médecine générale: la formation des jeunes médecins généralistes au Planning familial de la Vienne », in *Le corps en Lambeaux*, 2016. p.368-369

C- La sensibilisation militante, un intérêt militant nourri par des expériences de terrains⁶⁸

On retrouve 6 enquêtées dans ce groupe, autant d'hommes que de femmes. : Virginie V., Claire B., Manon C., Fabien B., Paul X. et Laurent X..

Tout comme ceux du groupe précédant l'intérêt pour le sujet des violences est venu pour ces médecins le plus souvent par des expériences sur le « **tas** », mais également -et c'est ce qui les différencie- par des prédispositions militantes et un attrait pour le féminisme et les concepts associés.

Par exemple les docteurs Virginie V. et Manon C. se présentent toutes les deux comme féministes et relient directement leur intérêt pour la lutte contre les violences au féminisme. Virginie V. déclare que c'est son « côté très féministe » qui l'a poussée à s'intéresser et travailler sur le sujet des violences. Tandis que Manon C. explique qu'elle a décidé de suivre la formation du planning familial parce que :

*« Dr MC : Euh bah parce que **le féminisme ça m'a toujours porté à cœur et du coup je voulais un peu que ça m'aide à outre passer les barrières qu'on peut avoir des fois dans notre métier.** »*

D'autres, sans s'identifier directement comme féministes, relient leur intérêt pour les violences à du militantisme et au féminisme de leur entourage avec qui ils ont été éduqués et socialisés. Ainsi, Claire B. voit son intérêt pour les violences comme « un peu inné » de par sa socialisation primaire, ses valeurs et surtout l'impact important de figures familiales comme ses grands-mères :

« Dr CB : Alors moi j'ai toujours été, j'ai toujours aidé les autres en dehors de mon métier hein. J'ai toujours aidé pour pleins de choses, ça peut être une broutille hein, un trajet en voiture, aider une famille pour les repas... Enfin j'ai toujours été dans l'entre-aide. Ça vient aussi de mes valeurs chrétiennes et éducatives. Euh donc j'ai toujours été sensibilisée. J'ai une grand-mère qui était très militante pour l'IVG et pourtant à l'époque c'était pas du tout, voilà, c'était pas encore légalisé tout ça. Et j'avais une autre arrière-grand-mère qui était cadre psychiatrique et qui était très féministe. Donc est-ce que et voilà. Donc je pense que par la famille on a été éduqué dans ce moule-là. Donc en fait je sais même pas l'expliquer. C'est un peu inné je pense, enfin voilà.

⁶⁸ Pour les médecins de ce groupe l'intérêt pour les violences et la manière de les concevoir est intimement liée. Ainsi, il ne me semblait pas nécessaire de fonctionner en sous-parties.

Concernant les médecins hommes de ce groupe il en va de même, c'est par l'entourage social et souvent féminin qu'ils ont été sensibilisés au sujet des violences et au féminisme également. L'un d'eux le Dr Fabien B., relie son éveil féministe à ses sœurs, puis ses amies et des collègues de travail. C'est particulièrement sa rencontre avec une amie, assistante sociale, qui l'a lancé sur ce sujet des violences. Avec elle il a participé à la fondation d'une association pour venir en aide à des femmes victimes de violences au Bénin (en fondant une ferme autogérée), il déclare que :

« Dr FB : Eh bien là c'était vraiment, le thème du coup de cette association c'est vraiment les femmes qui ont subi des violences. Et du coup par son intermédiaire j'ai rencontré beaucoup de femmes militantes, féministes et tout ça. Moi, c'était un milieu que moi je ne connaissais pas trop et du coup c'est plutôt elles qui m'ont sensibilisé en fait. »

Pour le Dr Paul X. c'est par sa femme qui l'a encouragé à plusieurs reprises à participer à la formation du planning familial (à laquelle elle avait elle-même assisté pendant ses études de médecine), qu'il a été sensibilisé aux violences et au féminisme en général. Il a fini par s'inscrire à la formation ce qui a vraiment, selon ses dires, changé sa vision des choses :

*« Dr PX : Et effectivement je pense que j'ai découvert un monde dont on entend un petit peu parler mais dont on n'a pas forcément conscience. C'est-à-dire euh... oui je pense qu'on peut dire effectivement aussi aujourd'hui **l'importance de la domination masculine, oui.** Ça c'est quelque chose que j'ai compris. Que j'ai compris intérieurement aussi et que j'ai compris aussi de ressenti... »*

Le Dr Laurent X., lui, a été impacté par des stages en gynécologie-obstétrique où il a pu observer différentes façons de faire sur ce sujet, qui allaient de ce qu'on pourrait qualifier de « bonnes » à « plutôt mauvaises » :

« Dr LX : Je voulais faire gynéco, euh c'était pas complètement par hasard. C'est-à-dire que j'avais remarqué qu'en gynéco-obstétrique on était vraiment dans cette histoire d'accompagnement. En particulier sur l'obstétrique, c'est-à-dire que globalement « Ah c'est formidable je vais faire obstétrique ça va être des grossesses, des naissances, ça va être chouette ! » bon très bien. Alors oui ça va être chouette, mais c'est aussi des moments qui peuvent être complètement dramatiques. Parce que quand y a des problèmes de santé, quand y a des décès etcétera, on bascule du moment de vie qui est censé être un moment de bonheur à un moment de drame. Et c'est là que je me suis rendu compte que, on était plutôt sur de l'accompagnement. C'est-à-dire qu'en fait on n'allait pas changer la vie des gens. Mais si déjà on pouvait les accompagner, les écouter et les aider à passer ce cap c'était déjà pas mal.

[...]. J'avais fait plusieurs stages en gynéco et j'avais trouvé des confrères et des consœurs qui étaient vraiment dans cette écoute-là. Et évidemment -comme on a trait à la relation entre les personnes au sens très large femme-homme mais finalement pas que, les relations de couple en général, liées à la sexualité, et ben forcément très rapidement on s'aperçoit que la notion de violence peut intervenir là. Très souvent en sous-entendu, un peu caché. Alors soit on fait mine de pas vraiment l'entendre ; ou de le voir. Soit on essaye de s'y intéresser. J'avais déjà remarqué ça en gynéco-obs, et dans les deux sens. C'est-à-dire que j'avais remarqué qu'il y avait des collègues qui étaient très très à l'écoute et qui arrivaient à entendre ça. Et y en a d'autres qui mettaient vraiment un mouchoir dessus et qui restaient sur le biomédical pur. »

C'est donc à cet attrait pour la gynécologie qu'il lie son intérêt pour le sujet des violences. Il revient aussi sur ses collègues et les raisons pour lesquelles iels sont peu nombreux.euses à s'emparer de ce sujet : certain.es voyant ces violences mais ne posant pas de questions, ou d'autres ne les percevant pas, tout simplement. Et il en profite pour cibler le médecin « *homme, blanc, hétéro* » comme un praticien qui passe à côté de pleins de choses :

*« Dr LX : J'ai quand même l'impression que beaucoup de confrères et de consœurs perçoivent les choses pendant les consultations. Alors après est-ce qu'ils font comme si de rien était ? Je pense que c'est assez vrai. Euh et est-ce qu'il y en a qui ne perçoivent pas les choses ? Euh oui clairement, **je pense que – je vais dire un truc (rire), mais – je pense que le médecin homme, blanc, hétérosexuel, passe à côté de plein de choses dans ses consultations avec ses patientes. J'en suis sûr.** »*

Une cible qu'il reprend à plusieurs reprises dans l'entretien, et peut amener à poser la question de son identification à lui. Il semble qu'il se détache de ce groupe des « hommes blancs hétéros » qui fait, selon lui, ralentir l'évolution et les changements dans l'institution médicale et également la société, ce qui, selon ses propres mots, le « *désespère* ». Un détachement qu'on peut questionner, en sachant qu'il ne semble pas intervenir sur le plan « homme blanc », puisque c'est comme ça qu'il s'est présenté à moi, mais peut-être sur le côté « hétéro », ou peut-être simplement sur des pratiques différenciées et une sensibilité plus grande à ce genre de sujet.

On retrouve donc chez ces enquêtés des prédispositions à l'engagement féministe et contre les violences avec un intérêt préalable pour le féminisme, parfois lié à une certaine forme de socialisation ; à l'impact de figures féminines et féministes importantes ; ou à une identification en dehors du groupe dominant des « hommes, blancs, hétéros ». Des observations qui rejoignent les notions abordées par Alban Jacquemart dans l'article concernant « l'engagement » du

Dictionnaire. Genre et Sciences politiques. Dans cet article il revient sur le fait que : « *Les recherches ont montré que le passage à celui-ci [l'engagement] nécessitait, au-delà de l'adhésion idéologique aux objectifs d'un mouvement, certaines positions et dispositions spécifiques (McAdam, 2012 [1988]).* » et que « *l'engagement pour une cause suppose aussi d'y trouver un intérêt, au double sens du terme.* »⁶⁹. Deux notions : les positions et dispositions spécifiques, et l'intérêt à double sens du terme, que l'on retrouve chez nos enquêtés et sur lesquelles on reviendra dans la Partie II : III-C.

Ainsi, les médecins de ce groupe déclarent toutes un rapport important au féminisme, et mobilisent des notions propres aux approches féministes sur la question des violences comme : la « *domination masculine* », cité par Paul X.; les rapports femmes-hommes ; la volonté de sortir d'une « *médecine patriarcale* » et « *paternaliste* », en pensant les patient.es comme des partenaires (sur laquelle on reviendra en III-B et C). Et la façon de parler des violences comme « *des violences masculines* », « *des violences sur le genre* » ou « *des violences faites aux femmes* » du Dr Fabien B.. Ou encore une façon de parler aux victimes semblable à celle promue par les associations féministes (comme le collectif *Nous toutes*) à base de « *je vous crois* » dont le Dr Laurent X. se fait l'écho, tout en mettant en lien genre et violences, soit le fait d'être femme et d'être victime :

« Dr LX : Parfois uniquement avoir écouté, dire qu'on a compris, dire que « On vous croît en fait. J'ai pas besoin que vous me justifiez de rien du tout. Je vous crois. Si vous me dites qui s'est passé ça. Je vous crois. C'est voilà, je vous crois. Et je vous crois même avant que vous me le disiez puisque je vois bien qu'il y a quelque chose qui a été déclencheur dans votre vie. » »

« En fait c'est pas une problématique de genre d'aborder ça [poser la question des violences], euh ... ce qui, ce qui à mon avis relève de... non je vais dire une bêtise là. Mais je vais le dire quand même, même si c'est pas, c'est un peu approximatif. Ce qui relèverait peut-être du genre c'est le fait que globalement dans la société dans laquelle on vit c'est les femmes qui sont victimes et les hommes qui sont « bourreaux » [fait des guillemets avec ses mains]. On retrouve quand même ce schéma-là. Alors on peut « Oui y a des exceptions », oui d'accord mais globalement c'est les femmes qui sont violées, c'est les femmes qui sont battues, voilà. »

⁶⁹ Jacquemart A., « Engagement militant », dans : Catherine Achin éd., *Dictionnaire. Genre et science politique. Concepts, objets, problèmes.* Paris, Presses de Sciences Po, « Références », 2013, p. 215-226.

On voit donc que pour ces médecins, l'enjeu militant ou leurs prédispositions pour le militantisme ont joué dans leur intérêt pour les violences. Mais ces prédispositions ont pour toutes été accompagnées et renforcées par des expériences de terrains. Comme on l'a un peu vu avec Laurent X. et comme le confirme Claire B. :

TW

« Dr CB : J'ai pas subi de violences, j'ai pas été victime de ... j'ai vu des choses par rapport aux patients. J'ai vu des violences sur des enfants. J'ai vu des choses très dures. Même des suicides avec enfant quand j'étais médecin de PMI [Protection maternelle et infantile]. Euh notamment à cause de la violence conjugale. J'ai une maman qui s'est jetée d'un puits avec un bébé de 5 mois et sa fille de 4 ans. Euh... Donc oui, j'ai vécu des trucs durs. Mais c'est pas moi. J'ai accompagné ces gens-là. Donc je pense que je suis sensibilisée par rapport à ça. J'ai une patiente qui là a adopté son neveu parce que sa sœur s'est fait assassiner, elle est morte de coups, de son mari. Euh donc aujourd'hui ils sont en procès. Donc là, là je suis cette famille parce que du jour au lendemain elle devient maman alors que c'est pas son fils. Elle a 47 ans, euh, voilà. Donc tous les jours j'ai des situations comme ça ».

Des expériences de terrain qui rendent le sujet des violences incontournable. Avec, comme les médecins du groupe précédant des intérêts autres que la médecine générale seule : gynécologie, psychiatrie, psychologie, médecine globale, précarité et migration... qui font d'autant plus apparaître les violences et leurs enjeux.

C'est le cas pour Fabien B. ancien médecin généraliste en libéral, qui travaille maintenant dans une PASS (Permanence d'accès aux soins) où il est régulièrement confronté aux violences faites aux femmes par l'accueil de femmes migrantes, primo-arrivantes en France, ayant subi un parcours migratoire souvent très violent. Il m'explique que :

TW

« Dr FB : Ce sont des femmes qui ont subi des trajets migratoires terribles. Avec quasiment à chaque fois des femmes frappées et violées, notamment à la frontière marocaine et la frontière de la Lybie. Et qui arrivent en France enceintes de 2 mois en ayant subi des traumatismes énormes. C'est quasiment toutes les femmes africaines qui arrivent à la PASS donc c'est vraiment une problématique importante. »

Il avait eu à faire à des thématiques de violences pendant qu'il était médecin libéral mais assez rarement. C'est avec ce travail auprès d'une population précaire et migrante, entouré par des professionnels du sanitaire et social sensibilisés sur ce sujet, qu'il s'est lui-même vraiment sensibilisé :

« Dr FB : Et puis les violences faites aux femmes ... même si j'y étais sensible mais en tout cas j'en avais jamais parlé, vraiment, comme ça. Dans nos études on nous en parle pas. Dans nos consultations on voit, on en discute, mais... j'avais pas été autant, enfin j'avais pas été sensibilisé ou formé quand j'étais en cabinet. Là je peux pas dire que je suis formé non plus mais en tout cas je pense être sensibilisé et connaître des réseaux sur Poitiers qui pourraient m'être ressource quoi. »

Aujourd'hui c'est donc un sujet sur lequel il s'engage beaucoup plus que quand il était seul en cabinet libéral. Ce qui l'a poussé, comme on l'a vu plus haut, à s'engager dans une association venant en aide à des femmes victimes de violences au Bénin.

Fabien B. n'est pas le seul à faire partie d'une association en lien avec les violences. C'est également le cas pour Virginie V. qu'une de ses patientes est « venue chercher » pour la faire entrer dans le « réseau violences conjugales » de la ville de Poitiers. Elle a vu cette occasion comme celle de mettre son « pouvoir de médecin ⁷⁰ » au service des autres et d'une cause en laquelle elle croit, elle a donc dit oui :

« Dr VV : J'ai une patiente qui est venue me chercher pour rentrer dans le réseau : violences conjugales. Elle connaissait ma philosophie de vie. Elle connaissait, voilà, mon appétence pour ça. Elle est venue me chercher. Bon faut pas me chercher trop longtemps je dis oui facilement. [rires] Euh voilà. Elle savait que ça rentrait bien dans ma conception de vie et de métier. Et le pouvoir, le pouvoir, je parle de pouvoir mais ... Oui ! Le pouvoir que j'avais pour certaines situations. Je peux faire un certificat médical. Je peux faire un papier qui a de la valeur. Pour les victimes quelles qu'elles soient. Pouvoir de les mettre en isolement, pouvoir de les arrêter. Enfin voilà. Ça il faut que ce soit au service des autres sinon ça sert à rien. »

Ainsi, à l'intérêt militant se mêlent les expériences de terrains, et l'engagement dans des associations. Tous les médecins de ce groupe déclarent être confrontés très régulièrement aux violences, voir quotidiennement pour certains. Et c'est un vrai combat qu'ils mènent contre celles-ci, avec ce qu'on pourrait même considérer comme des « plans de batailles ».

⁷⁰ Une notion sur laquelle on reviendra dans le grand III.

Comme celui de former les générations futures de médecins et surtout les hommes, mené par Virginie V. qui n'a pas de mal à considérer son travail sur les violences comme militant :

*« Dr VV : Ouais militant, mais, mais vraiment dans le sens noble du terme. J'ai actuellement ... mes 3 derniers internes étaient des internes hommes. Et ils ont été sensibilisés à ça. Et ils sont sortis de chez moi avec une prise en compte du questionnement sur la situation de violences. [...] Sur une prise en charge de la gynéco avec une écoute particulière. **Donc j'en fais pas des femmes** [rires]. Mais voilà ce combat féministe... [...] Mais pour moi le combat féministe, c'est voilà. Ça a été dans ce cadre-là. Et mes internes hommes, sortent de chez moi, avec la même pratique que moi. Et je sais que leurs patientes femmes en sont très contentes. »*

On peut voir chez ces médecins une importance de l'idée de transmission. Certain.es d'entre eux sont maîtres de stage, Virginie V., Laurent X. et Claire B.- et ont pris pour mission de transmettre à leurs stagiaires leurs savoirs et leurs pratiques sur cette question des violences. Ils envoient également leurs stagiaires faire la formation du planning familial pour compléter. A cela on peut ajouter l'engagement dans des associations, et aussi la présence auprès des institutions médicales, à l'université notamment, où la prise en charge de ce genre de problématique est constamment revendiquée par Virginie V. :

« Dr VV : Ah ! [baisse la tête] Oh ça fait combien de temps que je milite ? Oh je suis au conseil du collège des médecins généralistes enseignants donc je sié debate à la fac régulièrement. Ouais c'est le genre de choses qui à chaque fin de soutenance de thèse on dit « Ah oui ce serait bien d'intégrer machin ». »

Les praticiennes les plus militantes de ce groupe, celles qui se déclarent « féministes » sont celles qui expriment le plus l'importance du rapport de confiance avec les victimes de violence et l'importance de ne pas ajouter de la violence sur la violence. Elles voient par exemple d'un œil assez peu favorable la nouvelle loi sur la possibilité de faire une déclaration au procureur en cas de violences conjugales et danger imminent et ce même en l'absence du consentement de la victime. Elles ont peur de rompre le lien de confiance avec les patientes et estiment que cette loi peut être une bonne idée mais qu'elles iraient chercher à tout prix le consentement de la patiente. Les autres praticien.nes de ce groupe, tout comme celui d'avant sont mitigé.es, ou même voient plutôt d'un bon œil cette nouvelle loi.

Cette première partie a permis de mettre en valeur 3 formes principales de sensibilisations au sujet des violences faites aux femmes chez les médecins généralistes interrogés dans cette étude : 1/ La sensibilisation médicale et scientifique ; 2/ La sensibilisation médico-psycho-sociale ; 3/ La sensibilisation militante et féministe.

Ainsi, on peut donc conclure que l'implication sur le sujet des violences, le fait de prendre en charge ce rôle et travailler sur ce sujet, ne dépendent pas d'un type particulier de sensibilisation mais peut revêtir plusieurs formes. Avec des raisons différentes de s'intéresser au sujet et des manières tout aussi différentes de le conceptualiser.

Il convient maintenant de s'intéresser à la forme ou plutôt aux formes que prennent chez ces médecins cette implication sur le sujet des violences.

II- La posture face aux violences

Dans cette partie sur « la posture face aux violences » c'est aux pratiques des médecins, leurs différentes façons de faire sur ce sujet, que l'on s'intéresse. De leurs manières de poser les questions à leurs façons de prendre en charge les victimes, leur répondre et d'éventuellement les orienter.

Là encore j'ai pu voir au cours de l'analyse 3 grandes postures différentes se dessiner.

A- La posture médicale, proche des recommandations de l'HAS⁷¹

La posture adoptée par les médecins de ce groupe face aux violences faites aux femmes est une posture médicale similaire à celle encouragée par l'HAS dans ses recommandations de bonnes pratiques diffusées en 2019 concernant le « Repérage des violences au sein du couple » (cf ANNEXE 4). Ces recommandations sont articulées en deux parties l'une s'intitulant « Comment repérer – évaluer », l'autre « Comment agir ».

Les médecins de ce groupe, Tom R., Julie G. et Léa M., ont entendu parler de ces recommandations, les ont consultées, et tentent de mettre certaines en pratique.

C'est ce qu'on peut voir au sujet du repérage et l'évaluation notamment :

Iels connaissent les recommandations et pensent qu'il peut être intéressant de les appliquer, sur le sujet du questionnement systématique par exemple. Tout en adaptant à leur pratique, comme le confie le Dr Tom R :

« Dr TR : Ouais le dépistage, ouais c'est quelque chose que j'essaye de faire au sein de ma pratique quand on pose des questions sur la contraception, tout ça. C'est des choses que j'essaye d'avoir, ouais. »

Mais souvent iels rencontrent des difficultés face à ces essais et ont du mal à savoir comment se positionner. En cause, selon eux, le manque d'expérience. Comme en témoigne Léa M.- qui effectue son dernier stage en cabinet de médecine générale, en autonomie :

⁷¹ Haute autorité de santé

« Dr LM : *J'en ai entendu parler [des recommandations sur le dépistage systématique]. Je trouve que c'est très bien. Je trouve que c'est très dur à faire. Le patient il vient - j'ai quelques nouveaux patients tous les jours au cabinet- le patient il vient pas pour ça. Effectivement on fait les antécédents, on fait tabac, alcool, mal être dans sa vie, « vos parents ils ont eu un cancer ou pas ? » et là tu, bah tu butes dessus parce qu'en fait moi j'ai l'impression qu'il faut toujours un truc qui te mette la puce à l'oreille ou il faut toujours... 'fin par exemple une femme jeune j'aurais plus tendance à le faire et puis un monsieur de 50 ans qui vient au cabinet, ben ... je le connais pas et pourtant je lui demanderais pas. C'est pas bien, je devrais le faire. C'est juste que c'est, c'est pas évident. C'est pas évident. C'est un rythme à se donner. C'est ... faut s'y astreindre quoi. Mais une fois que, je pense qu'une fois qu'on le fera pour tous les nouveaux patients qui arrivent au cabinet, ben on aura moins de mal à mentir en disant au patient que si on lui demande c'est parce qu'on demande à tous les patients. Et pas parce que on aimerait savoir pour comprendre les problèmes de santé qu'il aura dans le futur. »*

En effet, les médecins de ce groupe sont de jeunes médecins -juste diplômé.es ou pas encore-, qui ont eu peu à faire aux violences pour l'instant. Si l'idée du dépistage systématique leur semble intéressante, ce n'est pas par ce biais qu'ils ont été confronté.es aux violences pour le moment.

Les deux principales approches des violences qu'ils ont eues pour l'instant sont des approches qu'on pourrait qualifier de « strictement médicale ». En effet, ils ont eu à traiter ce sujet par deux principaux biais différents :

- 1/ En réponse aux besoins et demandes exprimées par les patientes comme par exemple la réalisation d'un certificat médical
- 2/ En traitant des symptômes apparents, clairement liés à des violences : ecchymoses, fractures, coupures ...

Les principales expériences que ces médecins ont des violences, ont été lors de stages aux urgences. Des conditions dans lesquelles ces deux types de réactions sont mises en œuvre :

« Dr TR : *Oui aux urgences c'est ça. Ils se présentaient et disaient « ben voilà, mon compagnon ou ma compagne m'a agressé, j'ai besoin d'un certificat ». Du coup nous on vient, c'est surtout pour du descriptif lésionnel, mais on essaye d'aborder le psychologique aussi. »*

Ces médecins ne sont pas dans une recherche active des violences et voient donc très peu de victimes, car comme Sabine Lambert le rappelle dans la conclusion de son article : « seule une

démarche active permet aux femmes victimes de violences de parler de leur situation »⁷². Les violences dépistées sont pour la plupart des violences actuelles, urgentes, qui nécessitent une prise en charge directe et rapide.

Sur la façon d’agir face aux violences on retrouve également des pratiques similaires à celles recommandées par l’HAS :

Dans ses recommandations l’HAS préconise 3 formes d’actions : « protéger ; informer-orienter ; rédiger un certificat ». Ce sont également les formes de pratiques que semblent adopter les médecins de ce groupe en en ajoutant une : l’écoute. C’est d’ailleurs celle dont iels parlent en premier et qui semble être leur première réaction, comme le décrit Julie G. :

*« Dr JG : **J’essaye déjà d’adapter mon attitude non verbale.** C’est-à-dire que, j’ai tendance – je pense comme beaucoup de médecins – quand on parle avec le patient on prend des notes en même temps sur notre ordinateur, donc on les regarde pas forcément. Et on écoute mais sans avoir forcément une attitude qui est adaptée à l’écoute. A partir du moment où j’ai vu ça et on a un petit peu abordé ça [parle d’une situation rencontrée récemment] et ben **je me suis complètement détachée de mon ordinateur, je me suis mise en recul, plus dans mon fauteuil et j’ai essayé vraiment de garder un contact aussi visuel avec la patiente en étant le plus possible à l’écoute et être dans l’empathie en fait.** »*

Leur principale réaction face aux violences sera donc d’écouter, de discuter avec les patient.es, et de répondre à leur demande (en cas de certificat), et également peut-être donner quelques informations et conseils. Léa M. décrit bien cette démarche :

« Dr LM : Ouais c’est en discuter, enfin principalement. Je suis pas, je suis pas là pour, ‘fin j’arrive pas encore à retourner les gens pour leur dire, pour leur faire comprendre qu’il faut qu’elles parlent de tout. Parce que bah... Comment dire ? Un travail c’est plutôt essayer de leur faire comprendre que la situation n’est pas normale et qu’elles ont le droit de demander plus de leur fille, de leur compagnon. On demande pas à tout le monde « quitte-le c’est un connard », mais plutôt : « bah là vous trouvez que c’est normal ? Et lui il s’inflige, vous lui infligez les mêmes demandes ? ».
[...] Aujourd’hui si c’était le motif principal de consultation y aurait des questions évidemment de « comment ça se passe ? ». Est-ce que la personne se sent en sécurité ? Qu’est-ce qu’on peut faire pour elle ? Est-ce qu’elle souhaite un certificat descriptif ou pas, sachant qu’on est très prudent là-dessus ça nous engage et on peut pas dire des choses qu’on voit pas même si elles sont là.

⁷² Lambert, S, « Apprendre à voir et entendre les violences contre les femmes en consultation de médecine générale: la formation des jeunes médecins généralistes au Planning familial de la Vienne », in *Le corps en Lambeaux*, 2016. p. 370

[...] Après c'est des conseils habituels, garder des papiers dans un coin pour être prêt à partir au cas où ; ou les enfants ; peut-être montrer les schémas, le cycles de la violence, lune de miel etcétera , et je demanderais à la personne où est-ce qu'elle pense qu'elle en est dedans ; je sais pas, dire 2-3 statistiques. Enfin ce que la personne est prête à entendre aussi vis-à-vis de sa situation. Être prévoyant tout ça. »

Puis dans un second temps, iels essayent d'orienter, même si cela est souvent difficile car iels ne connaissent pas très bien le réseau autour. En effet, comme le déclare Tom R., même avec la formation du planning familial, il n'est pas toujours très à l'aise :

« E : D'accord. Aujourd'hui vous pensez que vous sauriez un peu plus comment réagir ?

Dr TR : Sur le dépistage des violences oui. Après sur le mode de communication oui. Mais la prise en charge concrète je pense que je serai pas toujours trop à l'aise non plus, quoi. Après y a toujours moyen sur le moment de trouver Je m'étais fait un petit pense bête avec différents numéros que je peux retrouver. »

En plus de l'aisance face à ce sujet c'est aussi la question des outils pour y répondre qui posent problème à ces médecins. Léa M. raconte un échange avec l'un de ses « chefs de stages de gynécologie » qui leur disait : « ben c'est bien beau de savoir qu'elle en a été victime mais qu'est-ce que t'en fais ? Est-ce que t'as les outils pour l'aider par rapport à ça ? ». Une question à laquelle elle avoue ne pas avoir encore de réponse claire aujourd'hui.

L'adoption d'une posture médicale, comme celle qu'on vient de décrire, ne semble pas entièrement satisfaire ces médecins. Iels confient toutes ne pas être totalement à l'aise et vouloir faire plus. L'un des grands freins à cette envie étant le manque d'expériences. Iels pensent toutes voir leur pratique évoluer au fil des expériences. Comme le déclare Julie G. :

« Dr JG : Je pense que j'ai des outils. Notamment de la formation parce que j'avais pris des notes et je pense que je pourrais m'y replonger. Mais je pense que j'ai pas encore assez d'expérience pour pouvoir vraiment les utiliser de façon fluide et adaptée. J'aurais besoin de rencontrer plusieurs fois la situation pour en fait me former et que ça devienne plus fluide. Si je rencontrais une nouvelle fois la situation je pense que le soir même je reprendrais mes notes et je me dirais : tiens qu'est-ce que j'aurais pu faire autrement ? Ou : qu'est-ce qu'on avait dit ? Enfin quelles sont un petit peu les clés que j'aurais pu utiliser ou que j'ai pas utilisées qui auraient facilité l'entretien. »

B- La posture active : attention et action

Les médecins adoptant cette posture sont nombreux. On retrouve Sonia M., Clara L., Jeanne M., Julien A., Stéphane P., Mathilde J., Prune P., Fabien B., Manon C. et Paul X.. Ils portent une attention particulière aux signes de violences, autres que les signes les plus évidents (hématomes, fractures...) qui concernent souvent des violences actuelles. Ils fonctionnent par « *points d'appel* » et font attention à d'autres signes comme la dépression, le stress, l'agitation, pour le côté psychologique et d'autres plus physiologiques comme l'obésité ou l'asthme ; ou encore connaissent les situations où la mise en danger est plus importante comme la grossesse, ou l'IVG :

« Dr Sonia M. : **L'IVG c'est une belle source. Je me méfie beaucoup. Parce que dès que c'est compliqué c'est pas normal. L'IVG c'est la solution à un problème. Dès que ça semble pas ... Des pleurs dès le début de la consultation [inspiration/ mouvement de tête « non »/ grimace] j'me dis y a... c'est pas normal. Mais socialement on pourrait, un médecin pourrait, on pourrait pleurer parce que ce qu'on nous apprend c'est que c'est pas anodin une IVG donc c'est normal qu'elles pleurent. Voilà, on va le mettre là-dessus. Alors que non non, une femme qui pleure pendant une IVG c'est que ça réactive un trauma. Ou alors c'est que l'autre a fait une mise sous emprise. »**

Ces signes-là pouvant être le symptôme de violences actuelles ou passées. Devant ces différents signes les médecins vont poser la question des violences. La plupart du temps cette première question vient de manière détournée comme : « *Il est compliqué ?* » pour parler du conjoint. Une façon de faire employée par le Dr Sonia M. et beaucoup reprise par d'autres enquêtés, qui l'ont rencontrée dans le cadre de la formation du planning familial où elle explique justement sa façon de procéder :

« Dr SM : *En fait, quand le patient il nous décrit une plainte. Enfin la patiente la plupart du temps en l'occurrence, eh ben je vais chercher. Et je vais, comment, par exemple je vais dire « il est compliqué ». Je vais leur expliquer que ces symptômes là, c'est lié à ça ou ça. Ou des fois c'est quand on vit avec un individu ou quand c'est l'employeur au travail c'est ... qui est compliqué. Donc dès qu'elles répondent oui à « compliqué » je dis « Ah beh c'est peut-être qu'il est jaloux alors aussi ? ». En fait je valorise, au début, les travers de la personne qui met l'autre sous emprise. Et le patient se méfie pas. Comme je valorise, il va plus avoir tendance à me dire oui. Pis « il est compliqué », il est compliqué, qu'est-ce que ça veut dire ? On peut répondre facilement « oui » si il l'est. On le voit pas venir en fait. Et à partir du moment où on m'a dit oui à compliqué, oui à jaloux, c'est bon c'est mort, c'est cuit, c'est une personne qui est sous emprise. »*

Mais « *il est compliqué ?* » n'est pas la seule façon de faire des médecins de ce groupe. Certain.es abordent le sujet de manière détournée en posant des questions comme : « *Comment ça se passe à la maison ?* » (Dr Prune P), « *Est-ce qu'il y a des choses dont vous voudriez me parler ?* », ou « *Est-ce qu'on vous a fait du mal ?* » (Dr Jeanne M.). Ou encore comme le Dr Stéphane P. qui « *ouvre la porte* » à ce sujet :

« Dr SP : *Quand je sens que quelqu'un va pas bien pour une raison ou pour une autre mais je sens que ça m'échappe en tout cas en terme de diagnostic ordinaire de pathologie classique de médecine générale, je demande à la personne si dans sa vie familiale ou professionnelle y a pas des choses qui vont pas en ce moment. Voilà j'ouvre cette porte là. Et après... si elles la prennent beh on en parle, si elles la prennent pas et que j'ai quand même une petite idée derrière la tête comme quoi y a peut-être quand même quelque chose d'autre et que j'arrive pas à savoir quoi parfois j'insiste un peu, je repose différemment la question, je... voilà. »*

Poser la question semble faire partie d'un vrai processus pour ces médecins, qui consiste d'abord à voir que quelque chose ne va pas, puis interroger la personne -plutôt de manière détournée- pour arriver finalement à aborder les violences. Comme en témoigne Clara L. :

« Dr CL : *Euh, beh, je finis par la poser, mais au début j'essaye de comprendre la vie de la personne et après j'essaye de dire « beh du coup ... » [...] « est-ce que il est compliqué ? est-ce qu'il vous fait du mal ? C'est quelqu'un de colérique ? ». Euh voilà des petites choses comme ça et après du coup voilà on avance comme ça et après je finis par dire « vous vous rendez compte du mal qu'il vous fait ? » et après euh si jamais elles minimisent, les femmes, je finis par dire « vous savez qu'il vous fait subir des violences ? ». Et c'est rare qu'elles disent non. Finalement. »*

La question des violences est donc rarement posée de manière directe. Un détour qui peut être intéressant de questionner. Surtout en ayant en tête l'avis de l'animateur du planning familial d'Orléans -avec qui j'ai réalisé un entretien-, qui anime là-bas une formation à destination des professionnels de santé sur les violences faites aux femmes, qui m'a assuré l'importance de poser directement la question des violences, puis de les définir : « *coup, insultes, viol, etc.* » pour que les victimes puissent vraiment s'identifier et ne pas dire non au gros mot « *violences* » qui ne représente pas forcément pour elles leur réalité.

Dans ce contexte on peut se demander pourquoi ces médecins n'abordent pas de manière directe le sujet des violences : Est-ce pour se protéger soi-même, en tant que médecin et éviter de s'imposer de la violence quand il n'y en a peut-être pas ? Est-ce un symptôme similaire à ce

que Sabine Lambert avait observé auprès des jeunes médecins ayant participé à la formation du planning familial de Poitiers en 2014, pour qui il était difficile de sortir de la conception de « la fameuse « vie privée » et ce qu'il se passe pour les femmes derrière la porte de la chambre à coucher »⁷³ ? Ou est-ce pour protéger les victimes, et ne pas leur imposer le sujet des violences de manière frontale ?

A ces questions c'est peut-être le Dr Sonia M. qui répond le mieux - en ce qui la concerne en tout cas-, et semblant se placer et du côté des médecins et des victimes :

« Dr SM : Par le biais de «Avez-vous été victime de violences ? » ben la plupart des femmes elles vont dire non. C'est hyper humiliant. Moi j'arrive à un rendez-vous on me demande ça, j'dis non. Je dirais pas oui. »

[...]

« Parfois je pose la question : « est-ce que quelqu'un vous a fait du mal ». Et là déjà j'ai des « non » parce que la personne elle est mal à l'aise, elle a pas envie de se livrer, et elle sait pas trop ce qu'elle va dire et comment moi j'veis le prendre. Elle peut se sentir humiliée de raconter ce qui... Et pourquoi elle reste avec cet individu ? Mais oui mais parce que c'est le père de ses enfants, parce que voilà. Elle l'aime ... Elle croit qu'elle l'aime. Parce que c'est aussi ce qu'il lui a mis dans la tête, hein, donc... »

Mais toustes n'ont pas la même vision des choses et quelques un.es posent quand même la question de manière directe dans certains contextes précis comme celui d'un examen gynécologique :

« Dr Mathilde J. : A chaque consultation du gynécologie je demande à toutes les femmes si elles ont déjà été témoins ou victimes de violences. »

Ainsi, dans certaines conditions c'est même un questionnement systématique (consistant à poser la question des violences de manière systématique même en l'absence de signes) qui est évoqué. Mais au-delà des contextes comme celui présenté par Mathilde J., il n'est quasiment pas pratiqué par ces médecins. Même si certain.es peuvent y voir un intérêt concernant les nouveaux patient.es pour mieux les connaître. Mais là encore c'est peu pratiqué. Car, au-delà, pour toute consultation, l'intérêt est vite questionné, comme le montre cette réaction du Dr Stéphane P. après avoir lu un exemple de protocole de questionnement systématique, le WAST (*Women Abuse Screening Tool*, traduit en français) en 7 questions (voir ANNEXE 5) :

⁷³ Lambert, S, « Apprendre à voir et entendre les violences contre les femmes en consultation de médecine générale: la formation des jeunes médecins généralistes au Planning familial de la Vienne », in *Le corps en Lambeaux*, 2016. p. 370

« Dr SP : Alors en fait euh ... [regarde le document et lit quelque mots à voix haute] après je me vois bien poser ce genre de questions si une personne vient me voir parce que : ‘je vais mal, docteur je vais mal, je sais pas je suis fatigué, ou docteur je dors mal’ mais euh ‘docteur punaise j’ai une super gastro je me sens vraiment pas bien ça m’est arrivé hier soir’ bah franchement non, je me vois pas poser ça à ce moment-là [rire], mais peut-être j’m trompe. Mais autant dans certaines situations je poserais facilement. Ça me gênerait absolument pas. Autant de manière systématique à chaque consultation, je le sens pas ça ... »

Cependant, on voit qu’iels ne sont pas sûr.es d’elleux concernant ce sujet du dépistage systématique et sa mise en place. Car malgré les arguments qu’iels apportent contre celui-ci, beaucoup finissent par dire qu’iels devraient peut-être le faire, comme Stéphane P. : « *peut-être que je me trompe* ». D’autres vont plus loin et expriment même que c’est un tort de ne pas le faire comme le Dr Paul X. : « *Pour les antécédents quand j’ai un nouveau patient je ne pose pas systématiquement la question. **Ce qui est un tort*** ». C’est un tort parce qu’iels pensent peut-être passer à côté de certaines choses. Ce que confie Clara L. une jeune médecin, qui fait des remplacements car elle n’est pas encore installée, ce qui l’empêche de mettre en place le questionnement systématique pour l’instant, mais ne l’empêche pas de se questionner :

« E : *Ça vous arrive de poser des questions de manière quasi systématique ?* »

Dr CL : *Finalemnt assez peu. Ouais c’est vrai que finalemnt. Peut-être parce que j’ai pas ma patientèle aussi donc du coup voilà. C’est que si je dois le faire à chaque fois... Peut-être que voilà quand je serais installée je le ferais probablement plus. [...] **Mais pas tant, pas trop ça, c’est vrai que je pourrais faire plus.** [...] Y a peut-être des fois où les patientes ne présentent pas de signes et pourtant... »*

Elle pense donc que le questionnement systématique pourrait venir compléter les questions posées par points d’appel, pour s’assurer de ne pas passer à côté de quelque chose. C’est également ce que déclare Jeanne M. qui n’est pas contre le dépistage systématique, mais fonctionne, elle aussi, plutôt par points d’appel (ce qu’elle a étudié dans sa thèse de doctorat et qu’elle connaît bien). Elle pense que dans l’idée ce serait sûrement bien de faire les deux : dépistage systématique et par points d’appel.

Pour d’autres encore, comme le Dr Julien A. -jeune médecin remplaçant qui ne le pratique pas non plus- l’intérêt du dépistage systématique rejoint celui des campagnes sur le tabac et le

conseil systématique d'arrêt, et pourrait permettre de « planter une graine », montrer aux patient.es qu'iels sont disponibles pour ce genre de sujet :

« Dr JA : Mais effectivement c'est possible de le faire et je pense que c'est très bien. Parce qu'en fait c'est une stratégie qui a fonctionné pour le tabac que j'emploie de manière quasi quotidienne, je demande aux gens « Est-ce que vous fumez ? », « oui ». « Est-ce que vous avez déjà arrêté de fumer ou essayé d'arrêter de fumer ? » **et en fait on revient sur le côté planter la graine.** C'est-à-dire que même si le gars il dit « non » ou « j'ai pas envie d'arrêter de fumer », il aura eu un médecin qui lui aura dit « est-ce que vous fumez ? » « oui », « est-ce que vous voulez arrêter de fumer ? » « non ». Mais au moins il aura quelqu'un qui lui aura posé la question. Et puis si y a un médecin, un autre qui lui pose la même question – **c'est ce qu'on appelle la stratégie « conseil minimal**», donc voilà « vous devriez arrêter de fumer », juste ça, ce qui est pas du tout dans l'empathie hein, c'est un truc de merde, c'est genre « vous devriez arrêter de fumer ». Mais juste le rapport, le fait que plusieurs médecins lui posent la question au bout d'un moment il va se dire « ouais tu devrais peut-être arrêter de fumer » [rire]. **Et bah là ça pourrait être la même chose : « est-ce que vous avez subi des violences dans votre vie ? ».** C'est une **question large, simple.** Mais le problème c'est qu'on part à la pêche et quand on nous dit « Bah oui j'ai subi des violences dans ma vie » ou « j'en subis en ce moment », on va être en mode, on va pas lui dire « bon bah tu reviendras demain et puis on en discutera ». Non c'est pas possible donc on est obligé d'accueillir au bout d'un moment et ça prend du temps. Et comme je vous ai dit y a genre 2 ou 3 personnes qui sont en salle d'attente qui sont déjà pas contentes – bon moi je suis à peu près à l'heure ça va – mais qui sont en mode « Ouais pourquoi le médecin il est pas là ? Ça fait une demi-heure que j'attends ». Ça c'est le cas où on commence à avoir pas mal de retard. Et puis ça bug et après on se reprend des réflexions, enfin voilà. »

Une stratégie qui lui semble donc intéressante, mais qu'il ne met pas en pratique par manque de temps.

Mais les avis sont partagés et pour d'autres, comme Sonia M, c'est l'intérêt même de cette pratique qui est en jeu. Elle s'exprime fermement contre le dépistage systématique :

« Dr SM : Non non je suis pas du tout d'accord avec ça. Parce que il faut dépister systématiquement ça, faut mettre les vaccins à jour, faut mettre le frottis à jour, faut mettre le trucmuche à jour, le bidule, dépister ça, dépister le cancer, l'infarctus... Donc le médecin y finit... Et puis pour dépister des femmes qui vont rester avec leur mari violent, ben franchement ça sert à rien. Il faut connaître tout le processus pour... « Ah ouais ben son ex-mari lui donnait des coups, ben c'est bien dommage », ok d'accord j'ai dépisté. C'est... [hochement de tête : Non] »

Une fois la question des violences posée ou abordée d'une manière ou d'une autre, le processus ne s'arrête pas là. Et, les médecins même devant un « non » continuent à poser des questions si iels ont des doutes. Dans cette phase, les médecins disent « *creuser* », « *gratter* », « *chercher* ». Iels essayent de faire émerger une réponse. Cette phase peut prendre du temps, des années même et nécessiter d'y revenir à plusieurs reprises. Ainsi, les médecins proposent aux patientes de revenir, prendre un autre rendez-vous pour lequel iels pourront revenir sur ce sujet ; ou au contraire proposent de prolonger la consultation si besoin. Le but étant de libérer la parole, comprendre ce qui se passe pour les patient.es pour améliorer la prise en charge et les soulager.

Certain.es médecins mettent en place des « *stratégies* » (selon leurs propres mots) pour faciliter « l'ouverture de la parole ». En racontant des histoires d'autres patient.es victimes de violences, par exemple ; ou en faisant des liens, dans une démarche presque psychanalytique... Ce qui semble marcher avec le Dr Sonia M. :

TW

« Dr SM : *Quand j'ai un patient qui est trop addict, je gratte. Alors parfois il me faut 10 ans pour trouver, mais euh... Parce que notamment un, c'est que les enfants de la nourrice lui faisaient faire des fellations quand il avait 8 ans. Donc euh en tant qu'homme c'est tellement humiliant que voilà...La 1ere fois que je lui ai dit « **Mais c'est pas possible il s'est passé quelque chose pour continuer à prendre de la drogue à votre âge comme ça, c'est que vous essayez d'oublier quelque chose !** », « Mais non, mais non, mais non ». Puis en fait une fois j'ai réussi à obtenir cet aveu en fait. Voilà.»*

« Ou j'ai une patiente que je suis depuis le début de mon installation. Qui a une obésité morbide et un asthme très sévère. Et au cours d'une hospitalisation en fait l'interne il l'a engueulée, il l'a pourrie en disant qu'elle était irresponsable, que c'était pas normal qu'elle se fasse pas soigner. Alors qu'elle se fait soigner, mais ça faisait longtemps qu'elle était pas allée dans le service de pneumo. Et donc elle est ressortie déprimée. Et puis au bout de trois fois que je la voyais à la suite de cette décompensation, j'ai dit... D'un coup ça m'a sauté à l'esprit. J'ai dit « **mais en fait il vous a rappelé quelqu'un** ». Donc elle me dit « je sais pas » ... Et j'ai dit « **Vous vous êtes obèse, votre sœur elle est obèse, y a qui d'autre dans la fratrie ?** ». Donc elle me dit « ben y a mon frère aîné il est obèse, nous trois on est obèses et les trois derniers ils sont normaux ». Et là ça a été une épouvante pour moi et je lui ai dit « **Mais qu'est-ce qu'on vous a fait à vous trois ?** ». Et j'avais tellement de... j'étais tellement saisie d'effroi en fait. Et elle m'a répondu que c'était son père qui la violait, elle et sa sœur. Et à partir du moment où elle a avoué ça et qu'on a discuté -donc elle y pense tous les jours. C'est une femme qui a 60 ans. Et qui continue à y penser tous les jours- Eh ben l'asthme s'est amandé, elle a quasi plus aucun traitement et elle a perdu 30 kilos. »

*« Y a des fois j'ai beaucoup insisté, aussi sur une dame qui avait du mal à respirer et ou c'était un peu bizarre et **donc je lui ai expliqué le cas du monsieur avec ses fellations et de cette dame avec l'asthme.** Elle disait « mais non mais moi il m'est rien arrivé, moi il m'est rien arrivé ». Et puis 4 jours après que je lui ai expliqué ces 2 cas, elle revenue me voir et elle me dit « j'étais en train de repasser et tout d'un coup je me suis souvenue que mon oncle en fait il nous faisait des choses à moi et mon frère. Et donc j'ai appelé mon frère pour savoir si il se souvenait et puis mon frère il m'a dit : oui oui, bien sûr que notre oncle il nous faisait ça ». Et en fait voilà ça c'est un cas ... Alors l'autre dame c'est qu'elle cachait, elle se mettait dans le déni parce qu'elle avait honte, elle culpabilisait, elle pensait qu'elle était responsable ... Parce que les violeurs d'enfants rendent toujours responsable l'enfant. Bon déjà les femmes [rire] mais les enfants c'est encore plus facile. **Et euh... cette dame voilà, c'était une vraie mémoire traumatique, et à force d'insister de donner ces 2 éléments-là, d'un seul coup elle a eu un espèce de flash... Et qu'elle a fait authentifier par son frère quoi.** ».*

Des stratégies qui nécessitent d'être assez sûr.e de soi et peuvent être relativement abruptes, avec des mots durs visant à provoquer des électrochocs chez les patient.es :

TW

*« Dr SM : Elles... moi je leur dis que ça m'importe pas ... Mais qu'en fait y a **pas d'autre solution que la mort ou la séparation.** »*

« Vous savez celles qui sont vomisseuses en début de grossesse c'est souvent qu'elles ont été victimes de viol. ».

Une façon de faire assez particulière et personnelle, que je n'ai retrouvée vraiment que chez une enquêtée. Les autres mettent également en place des stratégies, mais moins « chocs ». Comme la façon de faire de Laurent X. (qu'on retrouvera dans l'approche pro-active dans laquelle on verra que la façon de creuser est la même que celle employée par les médecins de ce groupe) :

« Dr LX : [comme si il parlait à un.e patient.e] « Voilà, visiblement vous avez conscience que vous avez énormément d'angoisse. Y a des choses qui vous font peur mais vous arrivez pas à les identifier et voilà. Est-ce qu'il faut faire ce travail d'identification ? Est-ce que vous êtes prête à faire ce travail-là ? Voilà, moi ce que je peux dire c'est que souvent, ou dans de grands nombres de situations, cette angoisse qu'on arrive pas à gérer elle vient d'un traumatisme. » - voilà. donc je pars large « d'un traumatisme qui peut être un accident, ou une agression, et parfois une agression sexuelle, etcétera » je resserre comme ça. Sans dire « est-ce que vous vous avez été victime de ça ? ».

Une méthode qui semble aussi faire ses preuves puisqu'une de ses patientes avec qui il avait beaucoup travaillé sur des angoisses non expliquées, et qu'il avait finalement orientée vers un psychologue est venue le remercier en lui disant **TW** « *Oh je vous remercie beaucoup c'est vous qui avez découvert que j'avais été victime d'inceste* » ce à quoi il a répondu :

« Dr LX : « Ce qui est intéressant dans ce que vous me dites c'est qu'en fait vous me dites là maintenant comme ça que j'ai découvert que vous aviez été victime d'inceste. Mais, mais je lui dis « Mais en fait je ne le savais pas que vous aviez été victime d'inceste. Et je l'ai pas découvert. », je dis « J'ai juste essayé de vous aider à comprendre l'origine et finalement vous avez continué ce travail avec le psychologue, dont c'est aussi le boulot, en fait. Et visiblement il a réussi à détricoter la pelote. » mais je lui dis « Mais en fait moi j'avais pas compris ça ». Je dis « Je savais que y avait, je me doutais qu'il y avait quelque chose. Mais j'avais pas compris particulièrement ça ». »

Pour cette patiente, c'est donc autant, si ce n'est plus l'insistance du médecin pour l'aider à trouver la source de ses angoisses, que l'orientation vers un psychologue avec qui elle a « fait le travail », qui lui a permis de comprendre son traumatisme.

L'orientation vers des psychologues est une des démarches qui suivent les discussions autour des violences. Mais ce n'est pas la principale et la première.

Face à une déclaration de violences subies, la principale réaction de ces médecins est **l'écoute**. Une écoute active, impliquée pour « creuser », comme on vient de le voir.

L'orientation vers d'autres spécialistes vient après cette écoute et n'est pas automatique. C'est plutôt si le.a patient.e est en demande que se feront des orientations vers des psychologues, hypnothérapeutes, ou associations. Ceci pour des violences passées principalement. Sur des violences actuelles, la première réaction reste l'écoute et la réponse aux demandes des patient.es (rédaction de certificat), puis éventuellement orientation vers des associations (hébergement d'urgence), voire la gendarmerie. Peu de ces médecins ont eu à faire des déclarations au procureur. Quasiment toutes sont plutôt favorables à la nouvelle loi, tout en émettant quelques réserves, notamment sur son efficacité (« *quand on voit comment ça marche pour les enfants...* », Dr Sonia M.) ; le besoin d'essayer d'avoir le consentement à tout prix ; le fait que ça ne devienne pas un réflexe pour se décharger des responsabilités ; la peur de mettre en danger (la victime et soi-même).

Les médecins de ce groupe -souvent plus âgé.es et expérimenté.es que ceux du groupe précédent- ont une bonne connaissance du réseau qui les entoure.

C'est donc une posture active qu'adoptent ces médecins face aux violences. Ils vont les chercher en cas de doutes, de points d'alerte, signes, ou situations à risques. Même si la question est le plus souvent posée de manière détournée, elle est très souvent posée. Et la réponse qu'elle entraîne est souvent positive (même si cette réponse peut prendre du temps). Ainsi les médecins de ce groupe déclarent faire face au sujet des violences de manière quasi-quotidienne.

C- La posture pro-active : aller au-devant des violences

Les médecins adoptant cette posture sont dans une pratique assez similaire à celle de ceux du 2^e groupe. On retrouve les docteur.es Laurent X., Virginie V., Claire B., et Mélina M.. Ils connaissent également très bien les différents points d'appel, signes et situations qui peuvent alerter sur des violences potentielles. Comme le montre le Dr Claire B. en parlant d'obésité ou douleurs au moment de la pénétration :

TW

*« Dr CB : Ben surtout c'est simple. **Pour toutes les obèses je pose la question si elles ont été violées ou si elles ont subi des attouchements jeunes.** Généralement y en a 4/5 qui en ont eu. Euh pour les obèses. Toutes celles qui ont des vulvites ou des douleurs vulvaires, ou des douleurs à la pénétration ou des dyspareunies – bon il faut éliminer tout ce qui est organique hein – une fois qu'on a éliminé tout ce qui était organique, la majorité des cas on s'aperçoit « Ah beh oui, combien de fois je fais l'amour j'ai pas envie. Nanana » et en fait c'est leur mal-être qui se manifeste comme ça . »*

Toutefois, la façon de poser la question des violences est généralement plus directe que celle mise en place par les médecins du 2^e groupe. Les violences ne sont pas abordées de manière détournée. Mais les médecins adaptent leur question en fonction de ce qu'ils perçoivent des patient.es en face. Comme le Dr Claire B. :

« Dr CB : Alors après je vois parce que si la femme elle s'effondre je vais pas non plus la... Mais souvent je leur demande ça fait partie de mon interrogatoire habituel : « Est-ce que vous avez subi des violences physiques, morales, sexuelles ? ». Je leur pose la question comme « Est-ce que vous fumez ? Est-ce que vous prenez la pilule ? Est-ce que vous êtes mariée ? » enfin voilà c'est une question qui fait partie, de ben de... Moi j'ai pas d'appréhension à poser la question. Je sais qu'il y en a qui le font pas par exemple. »

Dans le même but de ne pas brusquer, le Dr Mélina L. -jeune médecin, en projet d'installation dans le cabinet où elle remplace actuellement avec le Dr Virginie V.- fait une différence entre poser la question de manière directe : si la personne est à l'aise, et de manière un peu moins directe si elle est mal à l'aise. Dans ce cas elle prévient :

« Dr ML : Si j'ai vraiment un très très gros doute et que je sens que la personne est fermée, qu'elle veut pas en discuter et que je sens que c'est moi qui veux creuser, mais que je la sens pas prête à en parler, je la prévient que je vais lui poser une question et qu'elle a le droit de pas me répondre. Et je lui demande, la question « Avez-vous vécu une situation, ou est-ce que vous vivez une situation de violence ? » [...] Après si je sais que c'est une patiente qui va, qui en a déjà parlé ou qui, ou que je sens qu'on a une bonne relation je peux lui poser directement la question. »

Une façon de faire issue d'un travail de réflexion critique sur leur propre pratique, et de tests pour voir et savoir ce qui marche le mieux. Ainsi, Mélina L. poursuit :

« Dr ML : Euh un peu plus directe et ça parce que j'ai aussi eu une patiente où je sentais qu'il y avait un truc qui tournait pas très rond. Et j'ai essayé de tourner autour du pot pour essayer qu'elle arrive à me dire si il y avait une situation de violence. Et en fait à chaque fois elle tombait un petit peu à côté de la plaque, jusqu'au moment où je lui ai dit « Est-ce que les rapports sont toujours consentis ? » et que là elle m'a dit « Ah beh c'est ça le problème ». Donc en fait j'avais pas été assez directe. Et en étant directe elle a levé les yeux et elle a dit « Ben oui c'est ça ». Donc ça dépend un peu de la situation mais voilà. J'essaye de jongler un peu en fonction de la relation que j'ai avec la patiente à ce moment-là. »

C'est également ce qu'a fait le Dr Virginie V. avec la question qu'elle pose de manière systématique, qu'elle déclare avoir beaucoup travaillée, pour arriver à la rendre la plus large possible :

TW

*« Dr VV : En fait j'ai systématisé l'interrogatoire de tous les nouveaux patients par la question « Avez-vous déjà connu une situation de violences dans votre vie ? ». C'est assez large. J'ai beaucoup travaillé la formule, pour que ce soit ou une personne ou un proche, victime ou témoin, fin voilà. Donc. Et alors là. Là c'est très dur ce qu'ils nous sortent derrière... Donc ça peut aller... Je me souviens une dame qui me dit « Non pas moi mais ma sœur » tout de suite je me suis projetée sur de la violence familiale, paternelle... et en fait non, non « son mari l'a tuée de 18 coups de couteaux », « Ok, d'accord ». Suite à une séparation, voilà.
Euh, j'ai... Donc en posant la question on en trouve plein. »*

Ces médecins mettent donc en place – c'est là l'une des principales différences avec les médecins du groupe précédent - un questionnement systématique qui a été réfléchi et dont les buts sont multiples, d'abord montrer qu'ils s'intéressent à ce sujet et sont disponibles :

« Dr ML : C'est avec le Dr VV qu'on s'est dit qu'on pourrait peut-être poser la question en systématique pour montrer déjà en fait qu'on est sensible à la question. Sans que forcément y ait de réponse. »

Mais aussi et surtout pour « réussir » son examen médical et sa consultation. Comme le déclare Virginie V. :

*« Dr VV : **Pour moi ce genre de question est fondamentale parce que comme je fais beaucoup de gynéco, si j'ai pas conscience de violences antérieures voire de violences sexuelles, je foire complètement mon examen.**
Donc voilà. Je pose en systématique la question, aux hommes comme aux femmes. Et puis là, de temps en temps on sait pas vers quoi ça part. »*

Une démarche qui semble marcher, comme le dit Virginie V. : « En posant la question on en trouve plein ». Ce qui fait que ces médecins déclarent voir et/ou aborder ce sujet des violences tous les jours :

« Dr VV : Donc, c'est, c'est notre quotidien. J'ai pas une journée où j'ai pas une femme... [...] en posant la question en systématique j'en pêche énormément. »

Une quotidienneté aussi engagée par le fait que ces médecins sont reconnus par leurs patientes comme des références et de praticiennes ouvertes sur ce sujet. Ce qui peut engager une sorte de « *biais de confirmation* » selon le Dr Virginie V. puisque les patientes se « refilent » son contact.

Une autre pratique qui différencie les médecins de ce groupe -et qui fait qu'ils rentrent, selon moi, dans une posture pro-active- est celle de la prévention. En effet, ces médecins mettent en place plusieurs formes de prévention. D'abord auprès des enfants, avec des discours qui rappellent que personne n'a le droit de les toucher en dehors d'une consultation chez le médecin et avec les parents, comme le montre Virginie V. et Claire B. :

« Dr VV : Je fais de la prévention pour les petits. Quand je les examine, à chaque fois que je les examine je leur dis « Attention, personne a le droit de toucher ou de regarder ton zizi. Il est à toi. Personne a le droit. Sauf le docteur si y a papa ou maman. Mais personne. Et si on te dit qu'il y a des secrets. C'est pas vrai ! C'est faux, c'est dangereux, il faut que tu en parles ». »

« Dr CB : Par contre pour les enfants ce que je fais c'est que, y a des examens mensuels, annuels nianiania, je regarde toujours le sexe de l'enfant. Je regarde si tout va bien. Je lui dis comment il faut s'essuyer, se laver, nanana, ce qu'il faut vérifier tout ça. Et je dis « Je regarde ton sexe parce que je suis docteur et parce qu'il y a ton papa ou ta maman qui sont là. Mais sinon j'aurais pas le droit. Tu sais bien que personne n'a le droit de toucher ton sexe, ou de te taper ou de mal te parler. ». Donc ça je le dis dans la conversation pendant l'examen « Voilà je t'examine, tu acceptes que je t'examine parce que je suis docteur. » et je fais ça aussi devant le parent. ». »

Et, c'est aussi par la formation des futures générations de médecins que passe la prévention. Les médecins de ce groupe sont dans une perspective de transmission. La plupart sont médecins maîtres de stage et intervenant.es dans la formation du planning familial par exemple. On sent chez elleux l'importance de transmettre leurs pratiques et façons de faire surtout sur ce sujet des violences, ce qu'évoquent bien Laurent X. et Virginie V. :

« Dr LX : Je crois que ce qui est très parlant, c'est aussi quand même dans nos stages que les étudiants puissent le vivre. C'est-à-dire que finalement un interne quand on fait une consultation en binôme -c'est pas forcément quelque chose qu'il verra si il est en situation d'autonomie, mais- si on est en binôme et qu'on évoque ce fait là en consultation, malgré la présence de l'interne hein, en essayant de pas se dire « Oh je vais pas aborder ça parce qu'il y a l'interne ». Non non justement il faut aborder ça parce qu'il y a l'interne. »

« Dr VV : *J'ai actuellement... mes 3 derniers internes étaient des internes hommes. Et ils ont été sensibilisés à ça. Et ils sont sortis de chez moi avec une prise en compte du questionnement sur la situation de violences. [...] Et mes internes hommes, sortent de chez moi, avec la même pratique que moi. Et je sais que leurs patientes femmes en sont très contentes.* »

[...]

« *Et le retour que j'ai de mes internes c'est « Y en a vachement chez vous ! », « Non, on pose la question, c'est tout ! ».* »

Par ailleurs, certain.es comme Laurent X. se demandent si ce n'est par ce biais des maîtres de stage que les choses pourraient bouger au niveau global de la sensibilisation et formation des médecins sur les violences :

« Dr LX : *Je me demande si en effet, si sensibiliser les maîtres de stage pour qu'ensuite eux ils aillent dans leurs propres consultations à la recherche de situation de violences ou d'antécédents de violences serait pas plus intéressant. Parce que peut-être que le maître de stage entre guillemets a un peu plus de recul pour entendre ça, et du coup se mettre à l'appliquer dans sa pratique et finalement le montrer aux internes.* »

Dans l'ensemble sur le reste des réactions face aux violences ces médecins adoptent des pratiques similaires à celles de ceux du groupe d'avant, avec en priorité l'écoute et la discussion et dans un second temps, éventuellement l'orientation ; en fonction de l'urgence de la situation évidemment. Laurent X. va même plus loin, en rassurant d'abord la victime, et l'assurant sur le fait qu'il la croit :

« Dr LX : *Par exemple la situation aigüe de quelqu'un qui vient pour un certificat de coups et blessures ou qu'il y a un danger immédiat. Bon. Sur les situations aigües on se sent toujours un peu démuni, mais ça on a pas mal travaillé ça dans la formation avec le mouvement pour le planning familial sur le, il s'agit pas de faire des injonctions « Il faut aller porter plainte, il faut aller voir un avocat, il faut faire ça. ». Plutôt donner les possibilités et laisser la patiente mettre des choses, parce que justement elle gère pas les choses, elle les subit. Donc c'est pas pour subir aussi des injonctions sur ce qui faut faire et ce qui est bien ou pas bien. [...]. Mais en fait c'est une situation qui se retrouve assez rarement. J'ai l'impression, en tant que médecin traitant, d'arriver plutôt sur l'émergence, soit dans les faits de mémoire traumatique, de syndrome post-traumatique des années après, qui ont un impact au moment de problèmes de santé autres. Qui parfois ont été enfouis. [...] A partir de ce moment-là la nécessité d'orientation elle est un petit peu différente... Euh c'est-à-dire que parfois uniquement avoir écouté, dire qu'on a compris, dire que « **On vous croit en fait. J'ai pas besoin que vous me justifiez de rien du tout. Je vous crois. Si vous me dites qui s'est passé ça. Je vous crois. C'est voilà,***

je vous crois. Et je vous crois même avant que vous me le disiez puisque je vois bien qu'il y a quelque chose qui a été déclencheur dans votre vie. ». [...] J'ai remarqué que souvent ça suffit. Ça n'efface pas bien évidemment les traumatismes mais si ça aide à les vivre mieux... Et voilà. Quand vraiment j'arrive pas à détricoter ça, en effet j'ai tendance plutôt à envoyer vers le psychologue. Alors là pour le coup dans mon réseau j'ai plusieurs noms et j'essaye d'adapter la personnalité de ma patiente avec ce que j'ai perçu et ce que je sais des manières d'approcher des psychologues qui sont autour de moi. Et puis parfois quand je ressens un besoin de comprendre que la patiente n'est pas seule, je les envoie pour le coup vers les permanences du planning familial. Vers le temps de parole qui, je sais, est un temps de parole collectif etcétera. »

C'est aussi comme ça que fonctionne Claire B., pour elle l'orientation n'est pas et ne doit pas être la première option :

« Dr CB : Pas tout le temps. Parce que souvent elles déversent leur truc et elles étaient pas venues pour ça. Donc elles peuvent le prendre comme quelque chose un peu de directif. Et là on garde ce rôle de médecin patriarcal à dire « Vous avez ça, vous faites ça ! ». Donc en fait je leur renvoie le... Je leur dis « Ben voilà vous m'avez parlé de ça. Est-ce que vous sentez le besoin d'être accompagnée, ou est-ce que ça fait partie de votre vie et voilà. Et vous le vivez entre guillemets bien ? », voilà « Est-ce que c'est une histoire passée ? ». Euh donc là-dessus pas forcément et pas tout le temps, parce que j'ai remarqué que si je me précipitais à sortir mes trucs « Alors vous pouvez aller là, vous pouvez aller là ... Alors ça faut faire ça. Attention faut porter plainte. Nanana » elles se braquent et elles reviennent pas. Elles sont complètement... Par contre je leur évoque « Vous savez y a un numéro, si ça se reproduit. Ici je suis au secret professionnel, vous pouvez venir pour n'importe quel autre motif. On pourra, c'est neutre, on pourra en discuter, je pourrais vous orienter. Si vous voulez je connais, voilà, tel ou tel avocat. Je peux vous donner voilà. Ou telle association ». Donc je les oriente, je leur dis qu'il y a des outils ici, qu'elles peuvent les solliciter. Mais elles repartent pas avec le carnet rempli de numéros. »

On voit, par ailleurs, que ces médecins ont également une très bonne connaissance du réseau alentour tant au niveau associatif que sanitaire. Iels ont pour la plupart des carnets d'adresses remplis et prêts à mettre à disposition des patient.es, principalement en cas d'urgence, comme le confie Virginie V. :

« Dr VV : Avec le réseau [violences conjugale dont elle fait partie] j'accumule beaucoup. Pleins de documents, vers qui se tourner, que ce soit médecine légale, les associations d'écoute, les accompagnements sociaux pour le commissariat. 'fin voilà je leur donne ... Des lieux d'hébergement. Donc. J'ai toute une structure, mais c'est vraiment est-ce que là c'est aigu, machin je suis

à la rue et en chaussons sur le parking de Auchan ou alors mon grand-père m'a tripoté y a 30 ans quoi [ce qui n'engagera pas forcément d'orientation]. »

Ainsi, en mettant en place des pratiques comme le questionnement systématique et la prévention auprès des enfants et des futurs médecins, les médecins de ce groupe sont donc bien dans « une posture pro-active », qui va au-delà de l'action, au-devant des violences.

On peut donc identifier 3 postures différentes adoptées par les médecins généralistes face aux violences : La posture médicale ; la posture active ; et la posture proactive. On voit des similitudes dans les modes de prises en charge, mais également des différences, plus ou moins importantes sur la manière de concevoir les choses. Ce qui n'empêche pas ces médecins de s'impliquer, chacun.e à sa façon.

Il convient à présent de s'intéresser au type de médecine pratiqué par ces médecins.

III- Type de médecins

Dans cette partie on s'intéressera au type de médecine pratiquée par les médecins généralistes enquêtés, leur façon de la concevoir. On verra émerger des types de médecins, des figures.

Pour cette partie je me suis inspirée de la typologie de médecins mise à jour par Sarradon-Eck *et al.* cité par F.-X. Schweyer, dans l'ouvrage *Singulier généralistes* : « Chapitre 3 : Activités et pratique des médecins généralistes »⁷⁴, présentant trois figures de médecins généralistes, construites à partir de l'observation de la relation avec le patient :

- Le « médecin de famille-pivot »
- Le « médecin de famille-coordonateur »
- Le type de « l'orienteur », médecin de premier recours

J'ai essayé d'élaborer mes types en m'inspirant de ceux-ci, puisque c'est également la relation avec les patients qui m'intéresse, tout en m'adaptant à mes enquêtés, mon sujet et mes résultats, c'est-à-dire en insérant le sujet des violences.

Ainsi, je suis également arrivée à la définition de 3 types, plus ou moins éloignés de ceux de Sarradon-Eck.

⁷⁴ Bloy G., *et al.*, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP, « Métiers Santé Social », 2010, p.72.

A - « Le médecin de famille pivot », une médecine conventionnelle

Les médecins de ce type ressemblent et ont une façon de pratiquer la médecine similaire à celle des médecins du type « médecin de famille pivot » présenté dans la typologie de Sarradon-Eck *et al.*. C'est pourquoi j'ai choisi de garder la même terminologie. Dans cette typologie cette figure de médecin est ainsi présentée :

« Le « médecin de famille-pivot » correspond à la fois à un modèle valorisé par les syndicats et les pouvoirs publics (médecin traitant pivot du système de soin) et à l'image du médecin traditionnel (Muel-Dreyfus, 1984). Médecin valorisant la connaissance approfondie de ses patients avant la technicité, il « encadre » ses patients avec un rôle d'entrepreneur moral et une volonté de centraliser les informations, justifiée par un rôle de pivot de l'offre de soins. ».⁷⁵

Trois des enquêté.es correspondent à ce type : Julie G., Tom R., Léa M. Ces médecins se présentent comme des « médecins de famille », et accordent une grande importance au relationnel avec les patient.es. Comme le confie le Dr Tom R :

« Dr TR : Surtout le relationnel [une des valeurs importantes pour lui en médecine générale] avec les patients. Je pense que les spécialités ont pas forcément cet abord-là de relations à long terme et de suivi de médecin de famille. »

Une relation qui leur semble importante et qu'ils ont choisie en optant toutes pour la médecine générale et non d'autres spécialités. La médecine générale est vue comme une occasion de pouvoir pratiquer ce qui leur plaisait dans les autres spécialités :

« Dr TR : Et après avec les différents stages que j'ai faits au cours de mon externat, j'aimais partout où je passais donc je me suis dit ce serait bête de me spécialiser dans un truc alors que j'aime un peu tout. Et puis c'était plus varié en fait. Je trouve ça plus général la médecine et y a beaucoup plus de possibilités et de types de consultations différentes je trouve que dans les spécialités. »

Ainsi, sans remettre en question le côté « fractionné » de la médecine en plusieurs spécialités, ils se mettent au centre pour prendre en charge les patient.es tant sur le plan médical que social, comme le confirme Léa M. :

⁷⁵ *Ibid.*

« Dr LM : *Surtout en médecine générale où on se rend compte qu'on doit prendre en charge le patient autant sur le plan médical mais surtout **surtout social**. Notamment pour les personnes âgées des choses comme ça.* »

Le « fractionnement » de la médecine n'est pas remis en cause et même plus on peut sentir chez ces médecins un respect du fonctionnement par spécialités. Sur le sujet des violences notamment, celui-ci est pensé comme relevant de la médecine générale, qui prend en charge le social, et donc iels pensent que les médecins généralistes devraient être sensibilisé.es et formé.es. Mais ces violences ne sont pas vues comme un problème de santé qui touche à la médecine de spécialité, ainsi Julie G. me confie qu'elle ne pense pas que la formation des autres spécialistes sur les violences soit nécessaire, car iels ont d'autres préoccupations :

« E : *Est-ce que vous pensez justement que ça devrait faire partie un peu plus de la formation générale ?*

Dr JG : *Oui. Mais comme beaucoup de choses en fait. Et effectivement à un moment donné on peut pas non plus tout voir et tout faire. Mais oui ce serait bien que ça en fasse partie.*

E : *Ouais. Plus pour les internes en médecine générale ? Ou...*

Dr JG : ***Oui ça c'est sûr. Les autres non parce que je pense que ça les ... les spécialistes pouhh déjà c'est pas leur job et ils ont pas le temps de le faire. Ce serait pas très pertinent. La médecine générale oui, mais après ce que je veux dire c'est qu'en médecine générale en fait y a plein de choses en fait qu'on voit pas et qui seraient intéressantes de voir. Et dont les violences font partie je pense...»***

Les enquêté.es correspondant à ce type pratiquent une médecine plutôt conventionnelle, « traditionnelle », qui: « *correspond à la fois à un modèle valorisé par les syndicats et les pouvoirs publics et à l'image du médecin traditionnel* »⁷⁶. Ce qui s'exprime notamment par la tendance à connaître et adopter les recommandations émises par les institutions comme l'HAS ou encore des lois validées par le conseil de l'ordre (comme la loi de juillet dernier sur la déclaration au procureur). C'est ce qu'on a vu précédemment, avec les jeunes médecins Tom

⁷⁶ *Ibid.*

R., Julie G. ou Léa M. -dans la partie II-A-, qui connaissent les recommandations de l'HAS et essayent de les mettre en application. Surtout sur le sujet du dépistage systématique qu'iels ne pratiquent pas encore mais qu'iels envisagent de manière positive, notamment pour les nouvelles patient.es, ce qui leur permettrait de mieux les connaître. Comme le confirme Julie G. -qui ne le pratique pas encore car elle est en train de finir ses études et réalise son dernier stage- mais pense que le dépistage systématique est une bonne chose :

« Dr JG : Bah je pense surtout que même une question large, sans l'approfondir au moment où on la pose, plus le fait de se l'être notée quelque part et savoir qu'il y a eu un jour, y a peut-être des consultations après pour des motifs ou des choses qu'on comprend pas, pourquoi est-ce qu'il se passe ci ou ça. En fait si on sait qu'il y a eu une situation de violences on se dit « Ah mais peut-être que c'est en lien » et finalement on peut aller creuser plus facilement de ce côté-là, et on peut, peut-être, ramer un peu moins par la suite. Je pense que pour ça c'est intéressant. »

Dans cette démarche qui est celle de demander « *parce que on aimerait savoir pour comprendre les problèmes de santé qu'il aura dans le futur* » comme le résume assez bien Léa M. on retrouve donc la valorisation d'une « *connaissance approfondie de ses patients* » évoquée dans la typologie de Sarrandon-Eck.

On retrouve le « *rôle d'entrepreneur moral* » et « *d'encadrement des patients* » dans les propos de Julie G. concernant la nouvelle loi sur la déclaration au procureur et la possibilité de rompre le secret médical en cas de violences conjugales et danger imminent, ce même en l'absence du consentement de la victime :

« Dr JG : Beh du coup je pense que c'est une bonne chose quand même parce que c'est vrai que si y a un danger imminent et que la personne n'est pas d'accord y a un moment donné, pour nous c'est frustrant aussi de ne rien pouvoir faire, parce qu'on se dit mince, on voit, on sait et on peut rien faire. Alors que c'est plus logique de pouvoir réagir et d'avoir le droit de faire quelque chose. »

Une démarche de « *faire à la place des patient.es-victimes* », sans leur consentement, pour dépasser la frustration d'être démun.e face aux violences, qui peut être considérée comme un encadrement des patient.es.

Les médecins de ce groupe semblent donc plutôt correspondre au type de « médecin de famille pivot » mis à jour par Sarradon-Eck. Même si iels ont peu développé sur la notion de « pivot » de soin, autrement que pour faire une vraie distinction entre leur travail et le type de médecine qu’iels pratiquent, et le travail des autres spécialistes. Ceci est sans doute dû au fait que ces médecins sont de jeunes médecins peu expérimenté.es, qui ont eu peu à faire aux violences et donc ne m’ont pas vraiment parlé du fait d’orienter vers d’autres spécialistes.

B- « Le.a médecin coordinateur.rice » à la médecine globale

Le type de médecin généraliste que j’ai élaboré ici, ressemble au « médecin de famille-coordonateur » de la typologie de Sarradon-Eck, définie ainsi :

La figure du « médecin de famille-coordonateur » partage avec la première l’idée d’une médecine fondée sur la relation humaine, mais conçoit le métier comme un accompagnement du patient, dont l’autonomie est respectée. Dans ce cas, le médecin se donne un rôle de conseil et de coordinateur d’itinéraires thérapeutiques variables (parfois ouverts aux médecines alternatives) de patients qui ne s’en remettent pas entièrement à leur médecin.⁷⁷

Huit des enquêté.es correspondent à ce type : Paul X., Laurent X., Stéphane P., Fabien B., Prune P., Mélina L., Manon C., Mathilde J. . Ces médecins ont tendance à penser la médecine, la « fonder » sur « *la relation humaine [en concevant] le métier comme un accompagnement du patient, dont l’autonomie est respectée.* ». Iels tendent à adopter une prise en charge « globale » au sens « *bio-psycho-social* » des patient.es, comme le décrit bien le Dr Paul X. -jeune médecin, installé depuis 1 an en zone rurale/semi-rurale- qui a choisi de faire de la médecine générale pour faire de « la médecine globale » :

« Dr PX : *Pour moi la médecine générale c’était et puis c’est toujours le meilleur moyen pour faire de la médecine globale quoi. On s’intéresse à tout. Moi j’aime bien cette médecine-là. Faut se former en permanence aussi. Et puis on touche en fait, si vous voulez en médecine générale on voit la population en générale, quoi. On n’est pas le spécialiste qui voit 1 patient sur 10, ou l’hospitalier qui voit 1 sur 100 ou sur 1000 quoi. On fait de la médecine globale. On appelle ça **bio-psycho-social**. Il faut vraiment s’intéresser à*

⁷⁷Ibid.

l'environnement de la vie de la personne, sa psychologie, son environnement sociologique même si je puis dire. Il faut vraiment avoir une approche globale, centrée sur le patient. Et ça c'est, voilà. C'est assez intéressant. Et puis en tant que médecin traitant on est un petit peu... il faut reconnaître un petit peu les, on va dire, les représentations du patient, quelles sont leur manières de voir. C'est vraiment, voilà. Aller au cœur du monde du patient. Ça c'est chouette. »

Par-là, on peut voir dans les propos de Paul X. une illustration du changement de paradigme en médecine, d'un modèle biomédical au modèle biopsychosocial -qu'il cite et dont on a déjà parlé en Contextualisation- mettant au centre du soin, au cœur de la pratique, les patient.es. Ce sont elleux qui décident de leurs parcours de soins. Le médecin est là pour orienter, si besoin, conseiller, coordonner l'itinéraire thérapeutique (on retrouve la typologie de Sarradon-Eck) :

« Dr PX : On ne fait pas une médecine paternaliste. On fait une médecine ... ben centrée sur le patient. Centrée sur les préoccupations du patient. Euh l'écoute du patient. Et puis aussi l'information. C'est-à-dire pour que le patient puisse un peu ... il est un peu moteur de la consultation. C'est lui qui vient nous voir parce qu'il a un besoin. Répondre à ce besoin ça nécessite de l'écoute. De l'information. Ça nécessite de pas utiliser une pratique médicale hop et lui imposer ça. Parce qu'en fait si... comment dire y a un académisme médical quoi. Ya des recommandations de bonnes pratiques. Ya des bonnes manières de faire un diagnostic. Et puis en fait le patient il a ses préférences, il a ses choix. Donc de bien l'informer des différents avantages et inconvénients des différents choix médicaux qu'il peut avoir. Qu'il puisse décider en s'adaptant à ce qu'il peut ... en s'adaptant à sa capacité de compréhension quoi. Et de choix, voilà »

Les recommandations de bonnes pratiques, généralement suivies par le groupe d'avant, passent donc au second plan -après les patient.es- pour les médecins de ce type.

On note chez eux une vraie importance associée à la démarche de *care* : « prendre soin », en insistant sur la notion de « parcours de soin » du patient dans lequel iels sont là pour l'assister. Comme le décrit bien le Dr Laurent X :

« Dr LX : je pense qu'il faut écouter les gens et les comprendre. Et tacher de les comprendre. Pas forcément approuver mais comprendre ce qu'ils peuvent vivre, ressentir, ça ça me paraît essentiel si on veut pouvoir les accompagner dans une approche globale. Moi j'aime bien l'expression : prendre soin. Dans le sens où on aide et on accompagne les gens dans des moments ou des périodes où ils ont un ressenti lié à leur état de santé. Je dis bien ressenti parce que des fois y a un décalage entre... voilà. Euh mais qu'importe en fait. L'important c'est surtout de les accompagner. Moi j'aime bien travailler sur

la notion de chemin et de parcours en fait. On intervient sur le parcours de vie à un moment donné d'un patient et si on n'essaye pas de comprendre ce qu'il peut vivre ou ressentir, je pense que c'est assez vain d'essayer de pouvoir l'aider ou l'accompagner. »

Iels accordent une grande importance à l'autonomie du patient : « ne pas le forcer », « le prendre là où il en est » sont des notions reprises par tous les médecins de ce type. Ainsi, sur la question des violences ces médecins adopteront une posture active, sans forcer les patient.es. Leur principale réponse aux violences sera donc l'écoute active, et l'orientation, hors situation d'urgence, ne sera envisagée qu'après une discussion longue ou à la demande des patient.es :

« Dr LX : Par exemple la situation aigüe de quelqu'un qui vient pour un certificat de coups et blessures ou qu'il y a un danger immédiat. Bon. Sur les situations aigües on se sent toujours un peu démuni, mais ça on a pas mal travaillé ça dans la formation avec le mouvement pour le planning familial, sur le il s'agit pas de faire des injonctions « Il faut aller porter plainte, il faut aller voir un avocat, il faut faire ça. ». Plutôt donner les possibilités et laisser la patiente mettre des choses, parce que justement elle gère pas les choses, elle les subit. Donc c'est pas pour subir aussi des injonctions sur ce qui faut faire et ce qui est bien ou pas bien. Donc voilà. Donc ça c'est hyper important. Mais en fait c'est une situation qui se retrouve assez rarement. J'ai l'impression, en tant que médecin traitant, d'arriver plutôt sur l'urgence, soit dans les faits de mémoire traumatique, de syndrome post-traumatique des années après, qui ont un impact au moment de problèmes de santé autres. Qui parfois ont été enfouis. [...] à partir de ce moment-là la nécessité d'orientation elle est un petit peu différente.»

On trouve donc une importance de l'écoute chez ces médecins et une volonté d'accompagner les patient.es au mieux dans leurs parcours de soins, en comblant par exemple les manques créés par les spécialistes qui n'ont pas le temps- ou ne prennent pas le temps - de prendre ce rôle auprès des patients.es. Tout en respectant les souhaits des patient.es, comme Méлина L.:

« Dr ML : Et du coup le médecin généraliste il est là en fait pour faire le lien entre tous les spécialistes, qui donnent beaucoup d'explications en très peu de temps, qui n'écoutent pas forcément le patient. Et le patient l'accompagner aussi dans sa volonté de soins. Parce que des fois le médecin peut dire « ben il faut faire ci, faut faire ça » parce que c'est ce que dit la médecine. Mais le patient, lui, il a peut-être pas envie d'avoir tous ces traitements. »

On voit donc une correspondance entre ces enquêté.es et le type de « médecin de famille coordinateur » élaboré par Sarradon-Eck. Même si on note chez ces médecins une insistance sur l'importance d'exercer une médecine globale sur le modèle biopsychosocial que Sarradon-Eck n'avait pas développé, ce qui m'a amené à changer légèrement l'appellation du type.

C- Le.a médecin militant.e, une médecine engagée

Ce 3^e type ne se retrouve pas dans la typologie de Sarradon-Eck. Pourtant on y retrouve 6 enquêté.es : Virginie V., Claire B., Sonia M., Clara L., Jeanne M., Julien A. . Les médecins de ce groupe pensent leur rôle de médecin comme essentiel : iels sont « *au cœur de la cité* », et doivent donc prendre en charge tous les sujets, même les plus difficiles comme les violences. Iels ressemblent à ceux du 2^e groupe mais mettent plus en avant l'importance du rôle du médecin dans la cité -grâce à son « pouvoir »-, que la relation au patient.

Iels ont conscience du pouvoir que leur octroie le statut de médecin et choisissent de le mettre à disposition de leurs convictions et des patient.es. Comme l'exprime Virginie V. en expliquant la genèse de son intérêt pour les violences :

« Dr VV : J'avais du pouvoir, j'étais médecin. J'avais mon autonomie financière. J'avais... voilà. Et je savais que moi je bénéficiais de choses que d'autres ne pouvaient pas, donc voilà. La défense... la veuve et l'orphelin. C'est le côté super héros des médecins.

[...]

Le pouvoir que j'avais pour certaines situations. Je peux faire un certificat médical. Je peux faire un papier qui a de la valeur. Pour les victimes quelles qu'elles soient. Pouvoir de les mettre en isolement, pouvoir de les arrêter. Enfin voilà. Ça il faut que ce soit au service des autres sinon ça sert à rien. »

Mais ce n'est pas le seul sujet pour lequel ces médecins s'engagent. En effet, pour Virginie V. et pour d'autres c'est également sur la gestion de la sexualité et la possibilité pour les femmes de disposer de leur corps, avec la mise en place d'IVG médicamenteuses au sein du cabinet par exemple. Comme le montre Claire B. qui a quitté le centre de planification et la PMI dans

laquelle elle travaillait depuis 4 ans parce qu'elle ne pouvait pas y faire d'IVG médicamenteuses :

*« Dr CB : Y avait des freins institutionnels qui faisaient que je pouvais pas exercer le métier comme je voulais. Donc je me suis dit je vais aller exercer dans la cité en tant que médecin généraliste. Donc en fait j'ai à peu près les mêmes missions, mais je suis beaucoup plus libre et du coup j'ai pu mettre en place l'accès à l'IVG au cabinet. Dans la cité où je suis aux ***** *****. Chose que je ne pouvais pas faire avant au centre de planification, à la PMI, puisque c'est une histoire de conflit entre le département et la région, bref en attendant les femmes elles avaient pas d'accès à l'IVG alors que moi je pouvais la mettre en place là. Donc en gros je me suis dit « Bon j'arrête et je m'installe ». »*

Ou encore Sonia M. qui quand elle s'est installée en 2000 était l'une des premières sur Poitiers à poser des stérilets aux femmes nullipares⁷⁸.

Ces médecins sont pour une médecine au plus proche des gens, et luttent même pour se rapprocher afin de « ne pas perdre de patient.es en route ». Comme on l'a vu avec Claire B. qui est venue s'installer dans une cité, pour rendre disponible l'IVG. Ou comme l'exprime le Dr Julien A. -jeune médecin qui remplace également dans un cabinet d'une des cités de Poitiers- qui m'explique que sur les violences les moyens mis en œuvre sont trop complexes et éloignés des patient.es :

« Dr JA : Y a genre depuis 3 ans, 3-4 ans y a une cellule spéciale au CHU. Enfin cellule dans le sens de, un lieu spécial au CHU pour l'accueil de victimes de violences. Et donc avec des médecins qui sont là pour faire un peu l'interrogatoire et tout. Et c'est filmé. On est pratiquement dans le truc un peu policier. [...]. Donc c'est un truc mais c'est au CHU. Faut faire la démarche d'aller au CHU quoi. Et euh moi dans mon quartier le CHU c'est à un quart d'heure de bagnole, c'est pas très loin, mais le CHU faut se garer dans un parking qu'est payant ou alors il faut y aller en bus et c'est 35 minutes. Donc tout de suite c'est pas la même. Moi quand j'envoie des patients au CHU, qui sont des patients qui ont pas de moyen de locomotion ben pouhh je pourrais leur dire « tiens tu prends saturne 5 pour aller sur la lune » on serait pas très très loin du même problème quoi. Donc bon, j'exagère, mais c'est l'idée quoi. Et faudrait que ce soit plus proche. Plus proche. »

Un constat que fait également le Dr Claire B. pour qui le fait que les victimes doivent se rendre à l'hôpital est un frein supplémentaire dans un parcours déjà très compliqué :

⁷⁸ Femmes qui n'ont jamais porté d'enfant ou accouché.

« Dr CB : Parce que souvent je leur dis « Je peux vous faire un certificat mais ça n'a pas de valeur, il faut que ce soit fait par un légiste », donc moi je leur dis « C'est important d'y aller ». Mais ça fait encore un frein, pour se déplacer, aller raconter sa vie encore une fois, dans un milieu hospitalier. Enfin c'est pas du tout, du tout, du tout, simple je trouve. Ça complique pour la femme. Enfin ...

E : *Oui ça oblige à ré-entamer un autre parcours, un autre processus .*

Dr CB : Beh c'est ça et puis elles ont pas besoin de ça. Déjà la moitié elles sont fliquées parce que elles sont pas rentrées à l'heure, machin. Si elles attendent des heures « Et pourquoi t'es allée à l'hôpital, qu'est-ce que t'as fait ? ». »

Une volonté de rapprocher la médecine au plus près des patient.es qu'on retrouve également dans le fait que ces médecins ont pour la plupart d'autres compétences, en plus de la médecine générale, avec des DU ou DIU en gynécologie par exemple pour Virginie V., Claire B, et Sonia M.. ce qui leur permet – en autre- de pratiquer les IVG par exemple.

Ce qui passe également par la recherche de moyens pour simplifier les démarches concernant les violences. Ainsi, ces enquêtés.es m'ont fait part au cours des discussions de réflexions sur des outils qui pourraient, dans le cadre des violences, simplifier les démarches des victimes. Comme la mise en place de « référent.es violences », dont Julien A. me parle en poursuivant sa réflexion sur la nouvelle loi sur la déclaration au procureur :

*« Dr JA : Il faut mettre en place des structures simples et au plus près du terrain. Pas vraiment un truc bureaucratique, centralisé de merde et tout. Mais faudrait je pense avoir un flic référent dans un commissariat de quartier qui serait en mesure d'accompagner ce genre de truc. Qui se déplacerait également. Parce que le problème en fait c'est que les femmes elles osent pas porter plainte et du coup on dit « Ah ouais mais elles pourraient aller chez le médecin pour en parler ». Bah oui mais chez le médecin elles vont pas en parler, elles vont pas toujours avoir l'écoute la plus ... la plus neutre qui soit ou la plus bienveillante qui soit. Et ça prend du temps. Et là par exemple, **ce qui pourrait y avoir en fait c'est un flic qui viendrait en civil se pointer dans la consultation et qui ferait les démarches légales au sein d'une consultation. Et que la consultation soit valorisée par l'assurance maladie à sa juste valeur, sur un temps dédié. Et là vous auriez plus de déclaration. Ça serait fait.** »*

Ou encore Claire B. qui réfléchit tout en me parlant à la mise en place d'une plateforme territoriale avec une application, sur le modèle de la plateforme Covid :

« Dr CB : En fait faudrait avoir, moi je pense, il faudrait créer un, donc le réseau. Et qu'il y ait un représentant, comme les délégués médicaux mais qui passe dans les cabinets en disant « Voilà je vous rappelle y a ça, je vous ... » et puis de voir en visuel, peut-être faire une petite vidéo sur par exemple Audacia [une association] à Poitiers, sur les lieux d'hébergement avec les services présentés. Mais y en a plein qui connaissent pas ça.

[...] Il faudrait ce délégué qui nous dise « Ben voilà pour telle ou telle situation, vous m'appellez. Moi je peux essayer de voir pour faire un relais. ». Un peu comme...comme à l'hôpital. On a une pathologie qu'est grave, on peut pas faire tout seul, on a besoin d'un avis hospitalier spécialisé mais encadré. Du coup il faudrait faire ça avec une structure. Une entité. Comme la PTA. Vous savez la Plateforme Territoriale d'Appuis. [...] La Plateforme Territoriale d'Appuis en ce moment par exemple c'est eux qui s'occupent du covid. Ça veut dire qu'on les appelle, on dit « Ben voilà Tartenpion qui vit seul, qu'a pas de famille, qu'a le covid, qui est âgé. Faut lui porter des repas. Faut caler des médicaments. Machin. » et donc en fait ils font un lien. **Donc on a une application qui s'appelle Globule et on fait un lien entre les professionnels donc le social, le médical, le paramédical. Pour que, justement, ces patients soient bien accompagnés. En fait il faudrait un peu que soit intégré à ce module un truc « violences », ou « maltraitance » et qu'il y ait un référent ou deux. Et nous dire « Ben voilà j'ai ce cas-là, je suis emmerdée, je sais pas quoi faire. Qu'est-ce que je peux lui proposer ? ». Et qu'on soit plusieurs en fait. Et que la patiente n'ait pas forcément des démarches à faire qui soient titanesques et qu'elle perde espoir et qu'elle abandonne tout. En fait c'est ça, aujourd'hui on a tellement d'obstacles, beh que on perd les gens quoi.**

Et la PTA par exemple elle rappelle les gens. Là, mes patients covid, j'ai, - enfin les fragiles, parce que les patients lambda non, mais - le patient qui va pas bien, qui reste à la maison, qu'est pas assez mal pour aller à l'hôpital, beh du coup je le signale sur Globule, après son accord. Il est d'accord, eh beh la plateforme va l'appeler tous les jours. Et dire « Ah oui d'accord. Je préviens le médecin. Ah oui, il vous manque ça ? Bon beh là ... ». **Donc y a du lien en fait. Et c'est ce lien là qu'on n'a pas. Ça, ça serait bien !! »**

L'engagement de ces médecins ne s'arrête pas là. C'est par exemple en rapport avec le militantisme que Sonia M. explique son engagement au côté du planning familial de Poitiers pour créer la formation. Elle explique qu'elle était isolée par rapport aux confrères, et que la formation est venue à un moment où elle avait la volonté de former les étudiants, pour ne plus être seule :

« Dr SM : Moi je pense que je me sentais un petit peu isolée euh... par rapport aux confrères. Ou, à l'époque, dès que je me suis installée je posais des stérilets aux femmes nullipares. Et j'étais une des seules à Poitiers. Voilà et j'ai un

discours un petit peu, probablement, différent. Même si j'étais pas militante, en fait quelque part j'étais militante sans le savoir. Et donc peut-être qu'égoïstement le fait que les autres soient formés, c'était qu'on soit plusieurs à se rendre compte que c'était bien ça qui se passait. »

Et, cet engagement passe aussi par des implications pour faire bouger les institutions. Deux de ces médecins, Virginie V. et Sonia M. sont également professeures au département de médecine générale de la faculté de médecine, et habilitées à diriger des thèses. Elles ont par ailleurs toutes les deux dirigé des thèses en rapport avec les violences, dont celles de Clara L. et Jeanne M. par exemple (sous la direction de Sonia M). Des thèses sur les violences qui représentent un vrai engagement. En effet, cette thèse commune de Clara L. et Jeanne M. devrait faire l'objet d'une publication ce qui pourrait avoir un impact dans le monde médical. Les autrices en parlent autour d'elles, ce qui permet de sensibiliser leur entourage notamment médical et combler la « catastrophe » de la formation, comme le confie Clara L. :

« Dr CL : C'est une catastrophe. [rires] La seule chose qu'on apprend dans notre cursus commun avec toutes les spécialités, la seule chose qu'on apprend pour le concours, c'est comment, quelle prise de sang faire quand y a une personne qui vient et qui s'est fait violer. Voilà. C'est la seule chose qu'on apprend. Donc ... et du coup c'est vraiment une catastrophe quoi. Et euh c'est vrai que pour parler des autres spécialités, j'en ai parlé -c'est aussi dû à ma thèse – avec des copains urgentistes, gastro-entérologues, sur certains signes en fait que j'ai retrouvés dans ma thèse. Et après ils m'ont dit « Ah mais oui en fait, j'ai tenté » notamment le, des colopathies fonctionnelles. Ma copine gastro elle m'a dit « Ben en fait effectivement, maintenant que je pose un peu plus la question, ben en fait effectivement y en a un sur deux qui a vécu des violences ». 'fin du coup c'est hyper intéressant aussi de pouvoir parler avec les urgentistes. Et euh ben du coup on est pas du tout assez formés. C'est... 'fin vraiment c'est une catastrophe. Vraiment. On a aucune formation, donc ... Aussi bien en médecine générale qu'en spécialité. Alors que tout le monde devrait être formé en fait. Même le chirurgien, même ... 'fin tout le monde en fait. »

De leurs côtés Virginie V. et Sonia M. militent pour faire avancer les choses au niveau de la faculté. Ne serait-ce que le fait qu'elles y siègent a déjà fait un peu bouger les choses, selon Laurent X. :

« Dr LX : A Poitiers ce qui a fait avancer, c'est que cette consœur dont je vous parlais tout à l'heure [Sonia M.], elle est devenue professeure associée de médecine générale. Donc en fait je pense que ça a beaucoup joué. »

Mais le travail semble encore long pour Virginie V :

« Dr VV : Ah ! [baisse la tête] Oh ça fait combien de temps que je milite ? Oh je suis au conseil du collège des médecins généralistes enseignants donc je siége à la fac régulièrement. Ouais c'est le genre de choses qui à chaque fin de soutenance de thèse on dit « Ah oui ce serait bien d'intégrer machin ». Donc, euh, moi le poids que j'ai c'est sur mes internes. Donc je leur impose d'aller en stage, ces 6 jours au planning, déjà, en systématique. **Mais réintégrer effectivement une formation théorique sur les internes, c'est très compliqué quand on a quelques petits ayatollahs du « Non, non y a le DESS avec le programme ceci, le programme machin »** [souffle] ouais. Alors moi je les emmène en formation. Je suis présidente d'une association régionale de formations, si y a des trucs voilà je les emmène avec moi, je ... Je les intéresse « Bon bah là tu peux aller te former à ça ... ». **Mais oui, oui, ce serait vachement bien que ce soit intégré.** Mais y a tellement de choses qui devraient être intégrées, c'est... La médecine générale est tellement énorme que voilà. Ce sujet-là me tient à cœur et je défends les choses comme ça, mais la prévention du suicide, le suivi, la prévention du suicide sur le patient âgé ; le suivi parents-enf-, enfin, l'encadrement à la parentalité ; euh la prévention... je sais pas. Y a tellement, tellement de choses qu'on devrait faire. [Grande inspiration] Il suffit pas d'une vie quoi ».

Ces médecins engagé.es présentent et expriment souvent -contrairement à ceux du premier groupe- une posture critique envers les institutions, sur la formation des médecins particulièrement comme on l'a vu (qui est également critiquée par ceux du 1^{er} et 2^e type) et également sur les recommandations. En effet, il semble que pour elleux c'est l'expérience qui prime, pour Sonia M. sur le dépistage systématique par exemple -dont on a déjà parlé (II-B). Pour elle le dépistage systématique ne sert à rien. On peut expliquer ceci avec le fait qu'elle réussisse déjà à prendre en charge de nombreux.euses patient.es sur ce sujet des violences. Et aussi peut-être par son expérience personnelle de personne potentiellement concernée, qui lui fait dire : « moi je dirais jamais oui à une question comme ça ».

On peut observer quelque chose de similaire avec le Dr Virginie V. au sujet de la nouvelle loi. Elle se positionne plutôt contre pour plusieurs raisons. D'abord la peur de perdre la confiance des patient.es. Mais aussi parce qu'elle a eu une mauvaise expérience avec le procureur la seule fois où elle a voulu faire une déclaration :

TW

« Dr VV : Alors une fois, j'ai appelé le bureau du procureur dans une situation où, femme battue, des hématomes. J'ai fait un certificat de coups et blessures.

*Alors c'était pour des lésions anciennes mais c'était tellement traumatisant qu'il y avait des marques. Euh... On était deux pour le faire hein, mon associée et moi parce que c'était très très lourd. Les photos, mesurer, les taches, les hématomes, les plaies ... Et les enfants devaient aller chez le papa un week-end sur deux. Et moi je me suis retrouvée avec une maman totalement en stress. Je voyais les enfants tous les vendredis avant qu'ils partent, je les examinai. Alors ils venaient, ils venaient pas... Enfin c'était vraiment très compliqué. **Et je me suis vu appeler le service du procureur et me faire envoyer chier !** En disant « Mais il a jamais touché aux enfants. Donc machin... » hannnn j'étais scotchée. Donc j'ai beaucoup aidé cette maman.[...] Donc, la seule expérience que j'ai auprès du procureur elle était pas ... pas merveilleuse on dirait.*

Le fait pour ces médecins de penser leur rôle comme essentiel et de s'impliquer dans des causes qui sont importantes à leurs yeux leur permet de tenir face à des situations qui sont parfois extrêmement dures :

TW

*« Dr VV : Ah mais c'est... **Notre, notre pratique est dure.** Si je ne veux pas m'impliquer je ne pose pas les questions. Mais quelles qu'elles soient. Mais dans ce cas-là je vais pas prendre en charge des cancers métastasés, les accompagnements d'enfants avec une leucémie, des choses comme ça. Je veux dire, ça reste, voilà, une prise en charge difficile, mais de toutes nos pathologies, de tous nos patients... Donc, c'est... **Oui c'est dur, mais pas plus que d'annoncer à 2 enfants de 8 et 10 ans que leur père est mort d'un arrêt cardiaque et qu'on vient de découvrir un cancer métastaté à leur maman.** C'est du vécu hein. Donc voilà. Donc oui... c'est... **Je transfère pas énormément sur ce genre de situation, vaut mieux pas parce que sinon je me flingue à la fin de la journée.***

***Mais euh... Mais voilà. On fait pas médecine par hasard.** On continue à réparer des générations antérieures, ou se réparer soi. 'fin voilà. Moi j'ai trouvé ma voie, je soigne les autres comme ça, on s'occupe pas, je m'occupe pas de moi je me soigne comme ça et je soigne des générations antérieures. Donc, non c'est pas... **C'est dur, c'est lourd, mais dans ce cas-là si je voulais pas le faire j'aurais été fonctionnaire et je finis à 5h quoi.** »*

D'autres, comme Sonia M., préfèrent voir le bon côté des choses et prendre chaque situation comme un moyen d'augmenter ses connaissances et pouvoir aider au mieux après :

TW

*« Dr SM : [...] A force on s'habitue. J'essaie même de le voir de façon positive et me dire que je crée un panel de comment ils se comportent. De découvrir à chaque fois une technique supplémentaire apportée par **les femmes**. Par exemple, il va se plaindre de ses odeurs corporelles. Voilà c'est une des*

techniques. Ou la rendre responsable sexuellement « les autres elles font ci, les autres elles font ça ... t'es pas assez ci, t'es pas assez ça ... ». De le voir plutôt comme ça. Pour augmenter mon abécédaire. »

Ici, il semble intéressant de revenir sur la notion d'engagement -déjà mobilisée pour la Partie II : I-C. On a vu qu'Alban Jacquemart a présenté cette notion en revenant sur le fait que : « *Les recherches ont montré que le passage à celui-ci [l'engagement] nécessitait, au-delà de l'adhésion idéologique aux objectifs d'un mouvement, certaines positions et dispositions spécifiques (McAdam, 2012 [1988]).* » et que « *l'engagement pour une cause suppose aussi d'y trouver un intérêt, au double sens du terme.* »⁷⁹. Ces deux notions : les positions et dispositions spécifiques, et l'intérêt à double sens du terme, que l'on retrouve chez Virginie V. et Sonia M. Les positions et dispositions spécifiques étant celles d'être des femmes (qui les poussent à travailler et s'engager sur des thèmes en rapport avec la sexualité et la disposition de son corps : IVG, stérilets...), et peut-être même, elles-mêmes, des victimes de violences (pour Sonia M.) ; ainsi que la possibilité de voir les choses et d'avoir du pouvoir conféré par le statut de médecin. L'intérêt double étant celui de pouvoir faire avancer les choses pour soi-même et les autres : se soigner en soignant les autres et « *les générations antérieures* » pour Virginie V., et augmenter son abécédaire pour Sonia M. pour pouvoir lutter au mieux et en pleine connaissance du phénomène.

Enfin, il est important de noter que j'ai classé les médecins dans ce groupe en fonction de l'expression d'un militantisme, perçu pendant les entretiens, mais pas uniquement sur le sujet des violences. Ainsi, le militantisme de Julien A. est assez différent de celui des autres, mais sa façon de faire de la médecine et de m'en parler semble militante. C'est le seul à vraiment me parler de politique et cibler clairement des problèmes d'ordres pratiques et financiers. Des choix politiques, qui selon lui entravent une prise en charge plus grande des violences. Pour lui la question des financements est importante car il ne vient pas d'un milieu privilégié. Il a grandi dans le quartier défavorisé de Poitiers dans lequel il fait des remplacements pour le moment. Il a eu une bourse pour faire ses études de médecine, mais a dû travailler à côté. Ainsi, pour lui l'enjeu financier est un enjeu important, qu'il sait reconnaître. Il pense donc que si les violences

⁷⁹ Jacquemart A., « Engagement militant », dans : Catherine Achin éd., *Dictionnaire. Genre et science politique. Concepts, objets, problèmes.* Paris, Presses de Sciences Po, « Références », 2013, p. 215-226.

faisaient l'objet d'une rémunération particulière, d'une majoration de la consultation comme pour la Covid, beaucoup plus de médecins seraient enclin à prendre en charge ce problème.

On voit donc trois types de médecins ressortir chez les enquêté.es. Deux types proches de ceux mis à jour par Sarradon-Eck : le.a médecin de famille pivot et le.a médecin coordinateur.rice ; et un très différent le.a médecin militant.e. Le dernier type présenté par Sarradon-Eck n'est pas ressorti. En effet, aucun.e des enquêté.es ne correspondait à cette figure de : « *« l'orienteur », médecin de premier recours qui assure les premiers soins mais « passe la main » à d'autres dès qu'il atteint les limites de ses compétences (qu'il limite aux soins généraux). À la différence des autres types, qui ont aussi leur réseau d'adressage, l'orienteur laisse au patient le soin de coordonner sa propre trajectoire. »*. ».

Au cours de ces trois parties, trois typologies préliminaires ont été établies : sur la sensibilisation aux violences ; la posture face aux violences ; et le type de médecin. L'objet de la partie suivante sera de croiser ces typologies pour arriver à en établir une plus complexe et systématique et présenter les principaux résultats de cette enquête.

Résultats : Typologie croisée – Le type de médecin impliqué

Après avoir établi et présenté 3 typologies préliminaires différentes, il convient maintenant de les croiser. Afin d'illustrer les combinaisons créées j'ai réalisé un visuel (à consulter en ANNEXE 6). Ce visuel permet de mettre en évidence qu'on ne retrouve pas toujours les mêmes médecins ensemble dans les 3 typologies préliminaires. Il illustre la formation de 7 groupes à l'issue du croisement de ces typologies. Il fait apparaître toutes les combinaisons créées par ce croisement en fonction des positions de chaque médecin dans chacune des typologies préliminaires. A partir de là, j'ai pu arriver à dégager 3 grands types par la réduction des attributs, en observant les croisements qui engagent le plus de combinaisons et ceux qui en engagent le moins, et en gardant en tête que :

« L'analyse typologique bien menée et bien comprise implique souplesse et mobilité. Elle vise à formuler une relation, c'est-à-dire un rapport abstrait ou intellectuel. Elle implique par définition ou par construction que les expériences des individus concrets ne se confondent pas avec la relation, intellectuellement pure, qui est construite par le chercheur. Elle implique que les individus, au cours du temps, sont susceptibles de faire des expériences successives qui se rapprochent plus ou moins de l'une ou l'autre des relations élaborées dans l'analyse typologique. »⁸⁰

Elaborant ainsi une typologie rendant compte des types de médecins qui s'impliquent sur le sujet des violences faites aux femmes.

Le premier type clair que l'on peut faire ressortir est celui du/ de :

- Le.a médecin généraliste traditionnel.le

Les médecins de ce groupe ont une posture assez traditionnelle face aux violences, iels s'y sont intéressé.es plutôt par intérêt scientifique, les traitent essentiellement de manière médicale pure (on reste donc proche du paradigme ancien de médecine pratiquée sur le modèle biomédicale). Iels pensent leur rôle comme celui de « pivot » entre les autres spécialistes et les patient.es, et accordent beaucoup d'intérêt à la connaissance de leurs patient.es.

Ce sont surtout de jeunes médecins dont les pratiques sont amenées à évoluer rapidement dans les premières années post-diplômes avec la multiplication des expériences personnelles.

Le peu d'expériences qu'iels ont les amènent à reconnaître et mettre en pratique les recommandations des institutions.

⁸⁰ Schnapper D., « Chapitre 5 », *La compréhension sociologique : Démarche de l'analyse typologique*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2012, p. 129-144.

- Le.a médecin généraliste à la médecine globale

Ces médecins généralistes adoptent une posture médico-psycho-sociale (changement de paradigme biopsychosocial). Iels ont souvent des intérêts qui dépassent la médecine générale pure et sont donc formé.es sur des sujets plus psy ou sociaux. Iels mettent les patient.es au cœur de leur pratique et se sont sensibilisé.es aux violences sur le tas, au fil des expériences, puis ont décidé de se former pour une meilleure prise en charge. La question des violences fait partie de leurs préoccupations, iels y sont très souvent confronté.es. Mais cette lutte est envisagée hors du cadre des approches féministes, avec une conception des violences proche de « la psychologie systémique » qui tend à brouiller, voire nier les figures « *d'hommes bourreaux et femmes victimes* »⁸¹ pour penser la violence comme un système propre de domination, hors des rapports de genre. Ces médecins s'impliquent donc plus dans une lutte contre les violences - plurielles et générales-, que contre des violences masculines envers les femmes.

Contre les violences, on voit que ces médecins adoptent une approche active et attentive. Puisque le.a patient.e est au cœur de leur pratique, iels attachent une attention particulière aux signes qui peuvent être associés aux violences et vont donc être régulièrement amené.es à questionner les patient.es sur ceux-ci. Leur réaction face aux violences sera dans un premier temps l'écoute, puis après discussion avec les patient.es sur ce qu'iels veulent faire, une éventuelle orientation.

- Le.a médecin généraliste militant.e

Ces médecins ont une posture militante. Elle se révèle face aux violences sur lesquelles iels sont très mobilisé.es, mais également sur d'autres sujets. C'est cet engagement et la confrontation à des violences qui les a poussé.es à travailler sur ce sujet. Sur les violences, c'est donc l'approche féministe qu'on retrouve et les concepts associés (sortie de la médecine patriarcale ; domination masculine ; rapports femmes-hommes ;*etc.*).

Le paradigme adopté est également bio-psycho-social, auquel s'ajoute l'engagement qui poussent les praticien.nes de ce groupe à « sortir » d'un rôle purement médical pour essayer d'aller au-devant des problèmes par de la prévention notamment ; mais aussi le partage d'expériences et la formation des futur.es médecins pour qu'iels adoptent leur manière de faire ; l'engagement dans des réseaux ; la recherche de moyens plus efficaces de faire ; ou encore, la volonté de rapprocher les services au plus près des patient.es.

⁸¹ Delage, P., Roca i Escoda M. « Deux processus de sanitarisation. L'action publique contre les violences dans le couple dans deux cantons de Suisse Romande », *John Libbey Eurotext*, « Sciences sociales et santé », 2018/3 vol.36, p. 37-62.

On peut également noter l'émergence d'autres résultats, peu mis en valeur dans cette typologie. Concernant notamment la formation générale des médecins (tant initiale que continue) sur le sujet de violences. Toutes les enquêté.es déplorent le manque de formation, pensent que les médecins généralistes (au moins) devraient être formé.es sur ce sujet des violences et souhaitent que ça s'améliore.

Certain.es expriment un espoir envers la nouvelle génération, qu'ils pensent être plus à l'écoute, sensible au sujet et plus féminisé (donc potentiellement plus sensible selon le Dr Julien A.). D'autres comme Clara L. portent également un espoir envers le contexte politique et social qui semble favorable (avec le Grenelle contre les violences de 2019) mais ont peur que « ça retombe ».

CONCLUSION

Cette étude réalisée sur l'implication des médecins généralistes dans la lutte contre les violences faites aux femmes, menée auprès de médecins généralistes impliqué.es de la région de Poitiers, a permis de mettre en évidence les figures de ceux-ci et d'établir que trois types de médecins s'impliquent sur ce sujet des violences, et ce en l'absence de support institutionnel :

- Des jeunes médecins, avec peu d'expériences qui s'intéressent à ce sujet comme à un autre problème sanitaire, qui pratiquent une médecine plutôt conventionnelle ou « traditionnelle » et ont tendance à se fier aux quelques recommandations institutionnelles existant sur le sujet

- Des médecins un peu plus expérimenté.es, voire beaucoup plus qui ont été confronté.es à de nombreuses reprises aux violences et se sont donc formé.es et sensibilisé.es dessus (soit sur le tas, soit par le biais de formations comme celle du planning familial de Poitiers). Des médecins qui ont tendance à pratiquer la médecine de manière globale, en mettant les patient.es au cœur de leurs pratiques.

- Et enfin des médecins militant.es qui font preuve d'un réel engagement militant sur le sujet, qui s'inscrivent dans une approche féministe de la perception des violences. Et pour qui ce sujet est l'objet de préoccupations quotidiennes, puisqu'il se passe rarement un jour sans qu'ils y soient confronté.es.

On peut maintenant répondre aux hypothèses posées en amont de cette recherche :

**** Les médecins généralistes sensibilisé.es au sujet des violences et qui travaillent dessus sont principalement des femmes.***

Bien que cette étude n'ait pas de visée quantitative, j'avais posé l'hypothèse que les personnes impliquées dans cette lutte contre les violences étaient principalement des femmes. Il en résulte, en effet, que les médecins enquêté.es sont en majorité des femmes, cependant cette majorité est relativement courte (et non représentative, compte tenu de la construction de l'effectif, dont la

visée n'était pas une analyse quantitative). Je ne m'attendais pas à interroger autant d'hommes. Ainsi, sans pouvoir porter de résultats chiffrés, on peut quand même conclure que les femmes ne sont pas les seules à s'intéresser à ce sujet et s'impliquer. Par ailleurs, on retrouve des hommes impliqués dans chacun des trois types, ce qui montre que ces hommes, entre eux, ne s'impliquent pas de la même manière et pour les mêmes raisons.

**** L'intérêt et la prise en charge des violences dépendent de l'expérience et de facteurs externes tels que le militantisme. On retrouve dans l'engagement militant un caractère genré, avec une prédominance des femmes, car « l'engagement pour une cause suppose aussi d'y trouver un intérêt, au double sens du terme. » (Jacquemart, 2013).***

En effet, l'un des grands résultats de cette étude repose sur l'importance des expériences dans le processus d'implication de ces médecins :

Plus que l'âge c'est de l'expérience que va dépendre le type d'implication. Ainsi les jeunes médecins travaillant ou ayant travaillé avec des médecins plus âgé.es assez impliqué.es sur ce sujet tendent à reproduire leurs pratiques et format d'implication. Comme le Dr Mélina L. qui travaille avec le Dr Virginie V. et pratique avec elle le dépistage systématique, ou encore comme le montre l'impact que le Dr Sonia M. a eu sur un grand nombre d'autres enquêté.es. Cinq d'entre elleux m'ont parlé d'elle, de sa façon de faire et plusieurs reprennent ses formulations, pour poser la question des violences par exemple en l'orientant sur l'agresseur : « *Est-ce qu'il est compliqué ?* ».

L'engagement militant et parfois féministe est un facteur d'implication de ces médecins mais ce n'est pas le seul. On observe aussi des implications au départ à portée plus scientifique, pour augmenter le champ des connaissances ; ou pour répondre à des observations de terrains, des « expériences sur le tas », afin de prendre en charge au mieux les patient.es-victimes.

Là encore chez les militant.es on voit principalement des femmes, qui expriment assez bien leurs « intérêts » pour prendre en charge ce sujet : expériences de terrains, « soigner les autres en se soignant soi-même », lutter contre des violences dont elles font ou pourraient faire l'objet, etc. Cependant, encore une fois, la perspective genrée n'est pas aussi prononcée que ce à quoi je m'attendais. Les hommes sont présents et très impliqués, parfois même de manière militante.

Toutefois, on note que cette sensibilisation des hommes a été amorcée et guidée par des femmes de leur entourage qui les ont éduqués au féminisme et sensibilisés à des luttes importantes telles que les violences faites aux femmes. On peut se demander aussi, si pour certains, ce n'est pas par le détachement et/ou une non-assimilation au groupe dominant des « hommes, blancs, hétéros » que passe cette sensibilisation et la volonté d'implication qui va avec.

**** Ces médecins généralistes connaissent les recommandations, sur le dépistage systématique notamment, et les appliquent.***

Les recommandations sont connues des médecins enquêté.es mais iels ne les mettent pas toutes en pratique. On sent même chez certaines une défiance envers ces recommandations, comme le Dr Sonia M. « *Faut faire ci faut faire ça* » qui préfère faire « *à sa façon* ». Les médecins qui suivent le plus les recommandations sont les plus jeunes et les moins expérimentés. Les recommandations semblent leur permettre de combler le manque d'expériences, quand d'autres plus expérimenté.es préfèrent se fier à ce qu'ils ont l'habitude de faire, qui semble marcher et leur convenir.

**** Ces médecins sensibilisé.es déclarent être souvent confronté.es aux violences. Plus que les professionnel.les de santé interrogé.es par le Centre Hubertine Auclert qui déclaraient « ne « jamais » ou « rarement » recevoir des femmes victimes de violences »⁸². Parce qu'ils connaissent les signes et dépistent plus.***

En effet, les médecins enquêté.es déclarent toutes être régulièrement, voire même quotidiennement pour certain.es, confronté.es aux violences. Là encore, on observe une différence en fonction de l'expérience des médecins, les moins expérimentés sur ce sujet déclarent en voir moins. Il semble que la formulation du Dr Sonia M. « *Plus on en voit plus on en voit* », se révèle assez réelle. Puisque avec l'expérience, les médecins vont plus chercher les violences, donc mieux les voir, même en l'absence de symptômes flagrants, et grâce au dépistage systématique réalisé par certain.es même en l'absence de points d'alerte.

⁸² « “ Nous médecins, devenons le premier recours des femmes victimes de violences ” », *L'Obs*, consulté le 19 novembre 2019.

**** Les jeunes médecins sont plus impliqués que les plus âgés, en raison du changement de paradigme en médecine générale avec un passage du biomédical au biopsychosocial, plus enclin à prendre en charge ce genre de thématique.***

Cette hypothèse ne se confirme pas vraiment. On note l'importance d'une démarche suivant le modèle biopsychosocial dans l'implication de certain.es médecins, mais ce ne sont pas particulièrement les médecins les plus jeunes. On trouve dans le groupe des médecins adoptant cette démarche de jeunes médecins juste diplômé.es et encore remplaçant.es, ou juste installé.es mais également des médecins plus âgé.es installé.es depuis 10 ans et plus.

Par ailleurs, les médecins les plus jeunes ont plutôt tendance à se tourner vers le modèle biomédical qu'un modèle biopsychosocial car c'est celui qu'on leur enseigne à l'université et qu'en l'absence d'un grand nombre d'expériences iels se tournent vers ce qu'iels connaissent et ce qu'on leur a appris.

**** Malgré une sensibilité et un réel intérêt pour les violences, les médecins ont du mal à prendre en charge ce rôle et sortir de l'idée de « vie privée » qui ne les concernerait pas. De plus, iels ont aussi du mal à conceptualiser ces violences dans un cadre d'analyse féministe en les considérant comme un phénomène social : celui des violences masculines à l'égard des femmes⁸³(S. Lambert, 2016).***

Contrairement aux observations faites par Sabine Lambert, j'ai observé, concernant ces enquêté.es, une assez grande implication et aucune référence à la notion de vie privée. La légitimité des médecins généralistes à intervenir sur ce sujet et le prendre en charge n'est remise en question par aucun.es des médecins interrogé.es. Une différence d'observations qu'on peut peut-être attribuer à la différence de population sur lesquelles nous avons chacune travaillé. Elle, s'intéressant à des étudiantes en médecine participant à la formation du planning familial, au moment de cette formation ou juste après; et moi à des médecins qui ont suivi cette formation au minimum un an avant l'entretien et qui ne sont plus étudiant.es pour une grande majorité ou sur le point de finir leurs études.

⁸³ Cette hypothèse étant basée sur les conclusions de l'article de Sabine Lambert. Lambert, S, « Apprendre à voir et entendre les violences contre les femmes en consultation de médecine générale: la formation des jeunes médecins généralistes au Planning familial de la Vienne », in *Le corps en Lambeaux*, 2016. p. 370.

La conceptualisation des violences hors du cadre d'analyse féministe est également une observation qu'on peut faire pour certain.es de ces enquêté.es. Qui ont plutôt tendance, on l'a vu, à penser les violences comme un système propre – et non des violences spécifiques envers les femmes- ceci dans un cadre plus orienté vers la « psychologie systémique ».

Cependant, cette conceptualisation n'induit pas ou peu de différences dans l'implication de ces médecins. En tout cas elle ne les maintient pas « *dans une certaine passivité* » comme S. Lambert l'avait analysé⁸⁴. En effet, à part quelques pratiques différenciées, et surtout des discours différents, dans l'ensemble la prise en charge change peu et les médecins orienté.es vers la psychologie systémique voient et prennent en charge autant de victimes que ceux qui se placent dans un cadre d'analyse féministe.

Enfin, en dehors de ces réponses aux hypothèses, on remarque que l'absence de prise en charge institutionnelle sur ce sujet des violences est grandement critiquée. Toutes les enquêté.es pensent que les médecins devraient être plus sensibilisé.es et formé.es sur ce sujet. Certain.es se mobilisent et mettent en place des actions pour faire avancer les choses, comme Sonia M. et Virginie V. qui siègent à l'Université et militent pour que ce sujet soit plus pris en compte dans la formation ; ou encore ceux qui sont maîtres de stage et qui s'appliquent à former leurs internes à leurs pratiques et leurs manières de faire.

On note, pour finir, que la plupart de ces médecins sont optimistes et portent un espoir envers les nouvelles et futures générations de médecins, qu'ils pensent - ou plutôt espèrent- être plus sensibles et donc enclines à s'impliquer -avec elleux- dans cette lutte.

⁸⁴ *Ibid.*

RETOUR REFLEXIF SUR LA RECHERCHE

Je ne reviendrai pas ici sur les éléments déjà abordés « Partie I : III -D- Retour réflexif sur la méthode et les conditions d'enquête », concernant les biais de recrutement des enquêtés, le déroulement des entretiens et ma posture. Cette partie est consacrée à un retour réflexif sur l'analyse et les résultats de l'enquête.

Difficultés rencontrées

J'ai rencontré quelques difficultés en mettant en application la méthode d'analyse typologique. Venant d'une licence d'Histoire, c'était la première fois que je réalisais un exercice sociologique comme celui-ci. J'ai lu beaucoup les conseils de sociologues, Dominique Schnapper principalement, pour être sûre de mettre correctement en application cette méthode. J'ai eu quelques difficultés à « forcer le trait ». J'avais peur de perdre des éléments qui me semblaient importants et de « trahir » mes enquêtés et leurs propos. Mais, comprenant l'intérêt d'une telle méthode, rendant intelligible une réalité dure à percevoir autrement, je me suis donc appliquée à élaborer ces typologies. J'ai donc « forcé le trait » tout en veillant, en même temps, à ne pas trahir les enquêtés, ce qu'ils m'ont confié et ce qu'ils disent ou pensent... Voilà pourquoi j'ai mobilisé beaucoup d'exemples sous la forme de citations, dans les différentes parties de l'analyse, en présentant des points de vue différents même au sein d'un même type défini, comme sur la question du questionnement systématique dans la Partie II : II-B par exemple. J'ai également essayé de mobiliser au moins une fois toutes les enquêtés, pour donner la parole à tout le monde, même si on voit des personnes revenir beaucoup plus que d'autres. Mais j'ai dû aussi laisser de côté certains éléments qui me paraissaient difficiles à mobiliser dans l'analyse : concernant notamment les violences faites aux enfants, ou encore l'utilisation de l'humour ou le rire des enquêtés quand ils parlent des violences.

Apports et limites de l'étude

Aucune étude similaire, portant sur ce sujet de l'implication des médecins généralistes dans la lutte contre les violences faites aux femmes n'avait été réalisée. J'ai une population

différente de celle de Sabine Lambert, et une problématique également orientée différemment, ce qui m'a apporté des résultats différents de ceux de son étude.

J'ai également une population et un axe d'analyse différent de celui développé par Sarradon-Eck *et al.* pour réaliser une typologie des médecins généralistes ce qui m'apporte aussi des résultats différents.

On peut donc dire que cette étude est originale et apporte des éléments nouveaux comme l'importance des expériences de terrains dans l'implication des médecins sur ce sujet.

Cependant, cette étude présente des limites, dont je suis consciente.

D'abord du point de vue de la population enquêtée dont l'« implication » est une notion subjective, que j'ai moi-même définie en amont de cette étude, à savoir : travailler sur le sujet, être sensibilisé.e ou formé.e, donner une réponse favorable à ma demande d'entretien.

Cette population n'est pas représentative -je rappelle que ce n'était pas le but recherché- mais il pourrait y avoir un intérêt à renouveler la recherche de manière plus représentative. Ou interroger plus de médecins d'âges différents, ceux avec qui je me suis entretenue étant en majorité de jeunes, voire même très jeunes médecins.

On peut aussi se demander si les façons de faire de ces personnes que j'ai définies comme impliqués, sont différentes de celles d'autres médecins à priori pas impliqués ?

Il serait également intéressant de poursuivre une recherche sur ce sujet et voir comment les personnes à priori non-sensibilisées agissent face aux violences.

On pourrait aussi penser à une étude avec, en complément, l'avis de patientes-victimes. Ce qui permettrait d'orienter plus sur la relation entre médecin et patientes-victimes.

Enfin, dans une perspective de recherche plus poussée, avec plus de temps ou dans le cadre d'une thèse, j'aurais pu aussi, reprendre contact avec ces médecins enquêtés (beaucoup m'ont dit être disponibles si besoin), pour revenir sur certains points que je n'avais pas particulièrement développés dans mon guide d'entretien de base mais qui se sont avérés très révélateurs au cours de l'analyse, particulièrement sur le rapport au féminisme par exemple.

Il reste donc un certain nombre de perspectives d'enquête à explorer sur ce sujet, ce qui donne envie de poursuivre la recherche sur cette thématique aussi importante et intéressante.

BIBLIOGRAPHIE :

Livres :

- Chauvaud, F., Bodiou, L., sous la dir., *Le corps en lambeaux, Violences sexuelles et sexuées faites aux femmes*, Presses Universitaire de Rennes (PUR), 2016.

Articles de l'ouvrage les plus pertinents pour mon sujet

- Nicolas Paliarne, « Violences contre les femmes : féminisme-s, antiféminisme-s et études de genre », p. 125-142

- Ludovic Gaussot, Les violences sexuées et sexuelles en tant que système » p. 143-154

- Alexia Delbreil et Jean-Louis Senon, « L'homicide conjugal : questions de prévention ? »
p. 309-320

- Marie-José Grihom, « Les motifs du silence : violence sexuelle et lien de couple », p.321-332

- Louise Atani-Torasso, « Responsabilité, culpabilité et honte, des entraves à la parole », p.333- 344

- Sabine Lambert, « Apprendre à voir et entendre les violences contre les femmes en consultation de médecine générale : la formation des jeunes médecins généralistes au Planning familial de la Vienne », p.359-372

- Salle M., Vidal C., *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?*, Egale à égale, Belin, 2017.

- Romito, P, *Un silence de morte, la violence masculine occultée*, Paris, Syllepse, 2006.

- Violences faites aux femmes et santé [Texte imprimé] : séminaire 2014 / coordonné par Marie Mesnil (rapporteur) et François Bourdillon (président) ; préface de Najat Vallaud-Belkacem, ... ; [organisé par] Chaire santé de Science Po & Miprof, Mutualité française, MGEN, Haute autorité de santé

Articles, dossiers de presses, guides :

Sur les violences

- Chapuis, N., de Foucher L., Lamothe J., Potet, F., « Dans les affaires de féminicides, les alertes négligées par les forces de l'ordre », *Le Monde*, Publié le 21/10/2019

https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/10/21/feminicides-face-aux-signaux-d-alerte-les-rates-et-l-indifference-des-forces-de-l-ordre_6016266_3224.html

- Cusson, M., Marleau, J., « Les homicides familiaux : approche comparative et prévention », *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 14, 2006, p. 265-276.

- Debauche A., Hamel C., « Violence des hommes contre les femmes : quelles avancées dans la production des savoirs ? », *Editions Antipodes*, « Nouvelles Questions Féministes », 2013/1 vol. 32, p.4-14.

<https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2013-1-page-4.htm>

- Delage, P., « Violences conjugales, Du combat féministe à la cause publique », *Presses de Sciences Po*, 2017.

<https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/violences-conjugales--9782724620351.htm>

- Delage, P., Lieber, M., « L'ENQUÊTE VIRAGE (VIOLENCES ET RAPPORTS DE GENRE). Entretien avec Elizabeth Brown, Alice Debauche, Magali Mazuy, » L'Harmattan, *Cahiers du Genre*, 2019/1 n° 66, p.37-50.

- Granet, F., (dir.), *Les violences conjugales. Bilan des dispositifs et propositions d'améliorations*, Mission de recherche Droit et Justice, 2016.

- Hamel *et al.*, « Viols et agressions sexuelles en France: premiers résultats de l'enquête Virage », *Population & Sociétés*, 2016/10,(538), p. 1-4.

- Kelly, L., traduite par Tillous, M., « Le continuum de la violence sexuelle », *Cahiers du genre*, L'Harmattan, 2019/1 n°66, p.17-36

- Simonetti, I., « Violence (et genre) », in Rennes J., *Encyclopédie critique du genre*, La découverte, 2016, p. 681-690.

- Vion, P., *Combattre les violences faites aux femmes*, étude du Conseil économique, social et environnemental présentée par Mme Pascale Vion, rapporteuse au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité, 2014

https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Etudes/2014/2014_25_combattre_violence_femmes.pdf

- Extrait de l'analyse globale des données issues des appels au 3919, *Solidarité femmes*, 2017
<http://www.solidaritefemmes.org/upload/FNSF-donn%C3%A9es-chiffres-3919-2017.pdf>

- ASSOCIATION MÉMOIRE TRAUMATIQUE ET VICTIMOLOGIE, « Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge : enquête nationale auprès des victimes », Mars 2015

https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/memoire-traumatique-victimologie_impact_violences_sexuelles.pdf

Sur la médecine et les violences faites aux femmes

- Auslender, V., « Les violences faites aux femmes : enquête nationale auprès des étudiants en médecine », Thèse doctorat en médecine, soutenue le 24 septembre 2015.

<https://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/auslender-these.pdf>

- Bures, J., *Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie*. Médecine humaine et pathologie. 2016
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340692/document>
- Bolot, A.-L., Dumel, F., *Repérage des violences conjugales en médecine générale : Évaluation de deux types d'interventions*, Besançon, université de Franche-Comté, 2010.
- D'Hauwe, P., *Le médecin généraliste face à la violence conjugale*, Santé conjugale, n°43, 2013
<http://www.maisonmedicale.org/le-medecin-generaliste-face-a-la.html>
- Delage, P., Roca i Escoda M. « Deux processus de sanitarisations. L'action publique contre les violences dans le couple dans deux cantons de Suisse Romande », *John Libbey Eurotext*, « Sciences sociales et santé », 2018/3 vol.36, p. 37-62.
- Henrion, R., *Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé*, Paris, La Documentation française, 2001.
- Lazimi, G., « Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? », Centre Municipal de Santé, 2007
- Le Bars, M., *Quand les femmes victimes de violences se mettent à parler*, thèse publiée en 2012 par la revue nationale Éthique et Santé, déc. 2012.
- Linassier, A., *Application du questionnaire WAST en France dans le dépistage des violences conjugales en médecine ambulatoire*, Université de Poitiers, 2017.
- Pelizzari M., Lazimi G., Ibanez G., « Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ile-de-France », *ERES*, « Cliniques méditerranéennes », 2013/2 n°88, p. 69-78.
<https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2013-2-page-69.htm>
- « “ Nous médecins, devenons le premier recours des femmes victimes de violences ” », *L'Obs*, consulté le 19 novembre 2019.
<https://www.nouvelobs.com/sante/20191118.OBS21217/nous-medecins-devenons-le-premier-recours-des-femmes-victimes-de-violences.html>.
- « Violence conjugale et sexuel : un enjeu de santé publique » – La Fabrique Spinoza
http://fabriquespinoza.fr/wp-content/uploads/2018/03/ViolencesConjugalesEtSexuelles_EnjeuDeSantePublique_VFD_FS.pdf

Rapport et Guides

- Goupil, M., « Violences conjugales : la haute autorité de santé publie un guide pour aider les médecins », *L'express*, 2 octobre 2019

https://www.lexpress.fr/actualite/societe/violences-conjugales-la-haute-autorite-de-sante-publique-un-guide-pour-aider-les-medecins_2100932.html?fbclid=IwAR0XYBpHkfdAHEz-PILz9jiWs__rTg5uTZZjPMUul14xj1hf7Bj7TkR7vuOE

- HAS, guide sur « le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, texte et recommandations », juin 2019

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf

- Dossier de presse « formation des référents violences dans les urgences » - 2016

<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/06/Dossier-de-presse-Formation-des-referents-violences.pdf>

- Guide de formation contre les violences dans la fonction publique -2018

https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_outils_de_la_GRH/guide-formation-prevention-violences-sexuelles-2018.pdf

- Branchu, C., Vanacker, S., « Rapport sur la prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences », *Inspection générale des affaires sociales*, mai 2017

<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-001R.pdf>

- Centre Hubertine Auclert, *Observatoire Régional contre les violences faites aux femmes – ORVF, Fiche réflexe : conseils pour aider et accompagner une femme victime de violences*, 2015

Comparaison européenne et internationale :

- Hofner, M.-C., Viens Python, N., *Violence et maltraitance envers les adultes, protocole de dépistage et d'intervention*, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 2002

- Gigandet, M., Mocszytz, S., *DOTIP*, Edité par le Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud, Lausanne, 2006.

- OMS, *Rapport Mondial sur la Violence et la Santé*, Genève, 2002

- OMS, *Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants*, Genève, 2017

Sur les notions de dépistages et diagnostics :

- Guessous, I., Gaspoz, J.-M., Paccaud, F., Cornuz, « Dépistage : principe et méthodes », *Rev Med Suisse*, 2010, volume 6. 1390-1394.

<https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-256/Depistage-principes-et-methodes>

Sur la médecine générale :

- Bloy G., Schweyer F.-X., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP, « Métiers Santé Social », 2010, 424 pages.

<https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213.htm>

- Hudon R., « Le pouvoir médical au Québec. Tensions autour du statut professionnel des médecins », *Recherches sociographiques*, L, 2, 2009, p. 245-253.

Sur le concept d'engagement :

- Jacquemart A., « Engagement militant », dans : Catherine Achin éd., *Dictionnaire. Genre et science politique. Concepts, objets, problèmes*. Paris, Presses de Sciences Po, « Références », 2013, p. 215-226.

<https://www-cairn-int-info.bibelec.univ-lyon2.fr/dictionnaire-genre-et-science-politique--9782724613810-page-215.htm>

Sur le modèle biopsychosocial :

- Bolton D., traduit par Tinland J., « Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme », *Centre Sèvres*, « Archives de Philosophie », 2020/4 tome 83, p. 13-40.

-Siksou M., « Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biolmédical », *Martin Média*, « Le journal des psychologues », 2008/7 n°260, p.52-55

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-7-page-52.htm>

Méthodologie :

- Arbogast M., « La rédaction non-sexiste et inclusive dans la recherche : enjeux et modalités pratiques », *Documents de travail 231*, Ined, juin 2017.

- Grassi V., « Sociologie compréhensive et phénoménologie sociale », dans : , *Introduction à la sociologie de l'imaginaire. Une compréhension de la vie quotidienne*, sous la direction de Grassi Valentina. Toulouse, ERES, « Sociologie de l'imaginaire et du quotidien », 2005, p. 61-93.

<https://www-cairn-int-info.bibelec.univ-lyon2.fr/introduction-a-la-sociologie-de-l-imaginaire--9782749203973-page-61.htm>

- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., et al., *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin, 2016, 330pages

<https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>

- Kohn L., Christiaens W., « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », *Reflets et perspectives de la vie économique*, 2014/4 (Tome LIII), p. 67-82.

<https://www-cairn-int-info.bibelec.univ-lyon2.fr/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm>

- Paugam S., *Les 100 mots de la sociologie*. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2010, 128 pages.

<https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/les-100-mots-de-la-sociologie--9782130574057.htm>

- Paugam S., *L'enquête sociologique*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2012, 480pages

<https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/l-enquete-sociologique--9782130608738.htm>

En particulier :

- Lemieux C., « 2 – Problématiser », p. 27-51.

- Schnapper D., « 14 – Élaborer un type idéal », p. 291-310.

- Lemieux C., « 18 – L'écriture sociologique », p. 377-402.

- Schnapper D., *La compréhension sociologique : Démarche de l'analyse typologique*. Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2012, 176 pages.

<https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/la-comprehension-sociologique--9782130606253.htm>

- Yaguello M., *Les mots et les femmes. Essai d'approche sociolinguistique de la condition féminine*, Payot, 2002 [1987].

ANNEXE 1



**le planning
familial 86**

**UNE
FORMATION
DE 3 FOIS
2 JOURS**

*Jeolores
19272 mar
8/10/2000
Brezé juin*



GENRE & SANTE SEXUELLE

**Féminin, Masculin, Sexualités :
écouter et en parler**

La sexualité et la vie affective sont des dimensions fondamentales de santé physique et psychique des personnes. Tout être humain désire, éprouve du plaisir et aime. Cela ne peut se réduire au seul fonctionnement génital et physique, l'ensemble de l'individu est impliqué.

La sexualité est un élément essentiel de la relation à soi-même et aux autres.

Traversée par des représentations et des normes mouvantes, la sexualité s'inscrit dans une dimension sociale construite, à interroger.

Dans une posture égalitaire et une dynamique participative, les animateur.trice.s de cette session de formation ont pour mission d'assurer un cadre bienveillant pour échanger sur les pratiques professionnelles, d'apporter des outils d'actions et/ou de réflexion, directement transposables sur le terrain.

OBJECTIF & CONTENUS DE LA FORMATION, METHODES PEDAGOGIQUES:

**Ce n'est pas un cours,
ni une conférence,
ni un colloque ou
un séminaire.**

**C'est une réflexion
collective, partagée et
basée sur votre réalité
professionnelle, sous forme
de jeux, exercices et débats.**

**Les modules (indissociables)
représentent
une succession logique
pendant la progression
de cette réflexion.**

INTERVENANTES

- Fanny GAUDEAU,
conseillère conjugale
au Planning Familial de Poitiers
- Françoise PETIT,
conseillère conjugale
au Planning Familial de Poitiers
- Stéphanie TABOIS,
sociologue, anthropologue
& enseignante-chercheuse à
l'Université d'Orléans

*D'autres professionnel.les sont
susceptibles d'intervenir en fonction des
thématiques abordées*



le planning familial 86

Association Départementale de la Vienne,
Etablissement d'information, de consultation, de formation
et de conseil conjugal et familial (agrément du 17-12-73)



le planning familial 86

MODULE 1

1^{er} JOUR
mardi 26
novembre 2019

- Présentation du stage avec l'organisation;
- Présentation du MFPF;
- La question de sexualité dans votre pratique professionnelle : quelles situations qui posent problème;
- Le corps : prendre conscience individuellement de ses ressentis.
- Exprimer les représentations sur la sexualité;
- Les mots du corps :
Se mettre les mots en bouche.

2^{ème} JOUR

mercredi 27 novembre 2019

- Réfléchir à nos représentations homme/femme;
- Réfléchir aux normes liées à la sexualité;
- Genre masculin genre féminin :
Se positionner par rapport aux assignations de genre.

MODULE 2

1^{er} JOUR
mardi 17 décembre 2019

- Réviser les connaissances sur Contraception, IVG et IST;
- Travailler sur nos représentations et développer notre écoute;
- Percevoir les difficultés à aborder la sexualité au cours d'un entretien : la contraception reliée aux pratiques sexuelles;
- L'IVG : Travailler sur nos représentations;
- Prendre connaissance des lois sur la contraception et l'IVG.

 **le planning familial 86**

Association Départementale de la Vienne.
Etablissement d'information, de consultation, de formation et de conseil conjugal et familial (agrément du 17-12-73)

GENRE & SANTE SEXUELLE

Le programme de la formation

Pour qui ?

Pour les intervenants sanitaires, sociaux, médicaux, éducatifs et de l'animation qui dans le cadre de leur profession ont à aborder les questions de sexualité.



Où et quand ?

Au Planning Familial :
20 rue du Fief des Hausses à Poitiers, Quartier des Couronneries -
Les mardis et les mercredis de 9h à 17h, les repas sont pris en commun au restaurant d'insertion proche de notre local.

Comment s'inscrire ?

Remplir les bulletins d'inscription et d'adhésion (20€) joints et les retourner.

Plus de renseignements au
06.40.21.09.26
planning.familial-ad86@wanadoo.fr

2^{ème} JOUR

mercredi 18 décembre 2019

- Les violences : Les lois qui concernent les violences;
- Une matinée avec les personnels du commissariat de police formés pour accueillir les personnes victimes de violences;
- Comment parler de sexualité et violences ? ;
- Comment écouter les situations de violences et sexualité.

- Mises en situation ou débat théâtral sur les situations exposées en début de formation;
- intervention des agents du commissariat qui accueillent les personnes victimes de violence.

2^{ème} JOUR

mercredi 8 janvier 2020

- Débat sur la marchandisation du sexe : prostitution et la pornographie;
- Débat théâtral à partir de situations vécues par les stagiaires;
- Percevoir les difficultés à aborder la sexualité et les violences conjugales ainsi qu'à prononcer le mot viol au cours d'un entretien;
- Ce qu'il faut dire et ne pas dire dans ces cas là. Approfondir des notions;
- Bilan et ressenti des stagiaires sur les six jours.

MODULE 3

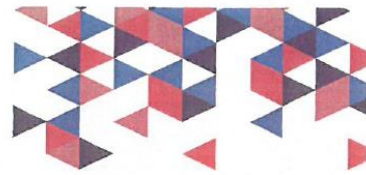
1^{er} JOUR
mardi 7 janvier 2020

- Les violences (suite), Le mécanisme de l'emprise, les signaux d'alerte, ce qu'il ne faut pas dire et ce qu'il faut dire dans ces situations;
- Révision : les mots de la sexualité : comment répondre à une question embarrassante au cours d'un entretien.

Illustration: amanda-snell.com - Maquette: design@aubertstudio.com



le planning familial 86



Bulletin d'inscription

à la Session de Formation
« GENRE ET SANTE SEXUELLE »

Novembre 2019, Décembre 2019, Janvier 2020

Nom	
Prénom	
Fonction	
Structure	
Téléphone	
Email	

Pour qui ?

Pour les intervenants
sanitaires, sociaux, médicaux,
éducatifs et de l'animation
qui dans le cadre de leur
profession ont à aborder
les questions de sexualité.

Où et quand ?

Au Planning Familial :
20 rue du Fief des Hausses à Poitiers,
Quartier des Couronneries - Les mardis et
les mercredis de 9h à 17h, les repas sont
pris en commun au restaurant d'insertion
proche de notre local.

mardi 26 et mercredi 27 novembre 2019
mardi 17 et mercredi 18 décembre 2019
mardi 7 et mercredi 8 janvier 2020

Comment s'inscrire ?

Remplir les bulletins d'inscription
et d'adhésion (20€) joints
et les retourner à l'adresse ci-apres.

Plus de renseignements au :
06.40.21.09.26

planning.familial-ad86@wanadoo.fr

Cette formation est gratuite, en échange nous
vous demandons de soutenir notre association
en prenant une adhésion.

Veillez envoyer un chèque de 20 euros au :
Planning Familial de la Vienne,
20 rue du Fief des Hausses, 86000 Poitiers.



 le planning familial 86

Association Départementale de la Vienne.
Etablissement d'information, de consultation, de formation
et de conseil conjugal et familial (agrément du 17-12-79)

Bulletin d'adhésion

Nom	
Prénom	
Adresse	
Email	

ANNEXE 2

MEDECINE GENERALE :

- Vous pouvez me parlez de votre parcours pour devenir médecin ?
Age, scolarité...
Quand et où avez-vous passé le concours
Depuis quand exercez-vous en médecine générale
Quel était le sujet de votre thèse
- *Type d'exercice* : Est-ce que vous faites de la médecine au sein d'un cabinet en groupe ou seul.e ? Milieux rural ou urbain ...
- Est-ce que la médecine générale était un choix ?
Pourquoi le choix de la médecine générale ?
Est-ce que vous êtes satisfait de ce choix ?
- Pour vous, être médecin, cela signifie quoi en terme de métier ?
- Est-ce qu'il y a des valeurs importantes que associez-vous à votre métier ?
Lesquelles ?

FORMATION PLANNING FAMILIAL (pour ceux qui l'ont suivie) :

- Vous avez suivi une formation sur la santé sexuelle et le genre auprès du planning familial de Poitiers, comment en avez-vous entendu parlé ?
Pourriez-vous m'expliquer pourquoi vous avez voulu la suivre ?
- Comment avez-vous vécue cette formation ?
- Etiez-vous sensibilisé à la question des violences avant cette formation ?
- Qu'est-ce que cette formation vous a apportée ? (d'un point de vu professionnel, mais également personnel?) Est-ce que vous réutilisé des choses apprises pendant la formation dans votre pratique ?

VIOLENCES :

- Comment en êtes-vous arrivée à vous intéresser aux violences faites aux femmes et au rôle des médecins dans la lutte contre celles-ci ?
Si parle de féminisme : Est-ce que vous vous décririez comme féministe ? militant.e ?
- Est-ce que pour vous la lutte contre les violences c'est du militantisme ?

Le traitement des violences dans la pratique – les violences au quotidien dans la pratique

- Est-ce que s'est déjà arrivé que des patient.es vous **semblent avoir subi** des violences (traces de coup..) ? Est-ce que c'est arrivé que des patient.es vous **parlent** de violences passées ou subies actuellement ?

relance : violences de quel type ? quel type de patient.es (enfant, femme, homme ; âge...) ?

- Est-ce que vous pourriez me décrire une de ces situations ?

- Est-ce que vous diriez que ça arrive souvent ?

Est-ce que vous direz que ça se compte en termes de x fois (occurrence) par jour, par semaine, par mois, ans... ?

- Qui sont ces victimes ? En majorité des femmes ? Parfois des Hommes ? Des enfants ?

- Qui vous en parle ? Les victimes ou est-ce que ça peut venir de l'entourage ?

- Vous est-il déjà arrivé de demander à voir un.e patient.e seul.e (en demandant à l'accompagnant/potential bourreau ou non : mari, parents, ami.es ... de sortir ou ne pas entrer) ?

7. Est-ce que vous pourriez me décrire une ou des situations ?

- Dans ce cadre, face à une victime qui se met à raconter comment réagissez-vous ?

Emotions et réaction : Est-ce que c'est gênant ? Est-ce que vous vous sentez désarmé ou au contraire pas du tout .../ Est-ce que vous pensez être efficace, avoir les bons réflexes, les bons mots, les bons outils, les bonnes ressources...

- Si violences sont quotidiennes, est-ce que ça entache la pratique ? Est-ce que c'est dur à vivre au jour le jour ?

Qu'est-ce qui fait que c'est dur ? Qu'est-ce qui fait que ça va ?

- Dans ces situations, disposez-vous d'un protocole particulier ? Qu'est-ce que vous faites face aux violences ?

Soins particulier ?

Est-ce que vous orienté ? Conseil à la victime de voir un psy ou un spécialiste, des associations ?

Est-ce que vous avez déjà réalisé des certificats, déclarations au procureur ?

FORMATION GENERAL DES ETUDIANT.ES EN MEDECINE

- Avez-vous suivi une formation sur le sujet des violences ?

Si iels n'ont pas suivi la formation du planning :

- Connaissez-vous la formation sur la santé sexuelle et le genre auprès du planning familial de Poitiers ?

Pensez-vous qu'une formation comme celle-ci est importante ?

- Pensez-vous être bien préparé à la prise en charge de ces violences en tant que médecin ?

- Est-ce que vous connaissez les recommandations de l'HAS de juin 2019 sur ce sujet ? (*Revenir dessus si iels le souhaitent → plusieurs dossiers très intéressants que je peux transmettre, avec par exemple comme conseil de faire des questionnements systématiques, même en l'absence de suspicions*)

- Est-ce que vous connaissez des protocoles de dépistages systématiques comme le WAST (Women abuse screening tool – seul outil francophone, il y en a 3 autres en plus en anglais, pour un dépistage systématique en 7 questions) ? Ou celui présenté dans les recommandations de l'HAS.

Qu'en pensez-vous ? Que pensez-vous du dépistage systématique ? Le pratiquez-vous ?

- Pensez-vous qu'on devrait former les médecins sur ce sujet, dans le cadre de la formation générale ?

Si, oui comment être formé (Qu'est-ce que cette formation devrait comprendre ?)

- Quels sont selon vous les freins à la prise en charge plus grande par les médecins ? Freins de collègues

ACTUALITE

11. Avez-vous pris connaissance de la dernière loi adoptée définitivement par le parlement en juillet dernier, sur la rupture du secret médical en cas de violences conjugales constatée par le médecin ? *(Si non, faire un résumé bref, et le moins orienté possible, rappelé que ça existe déjà pour les mineur.es... Essayez d'amener à la réflexion ou non de considéré les femmes victimes de violences comme des mineur.es/ faire réfléchir à nouveau à la notion de privé/politique et à celle de secret médical)*

Qu'en pensez-vous ?

Si vous ne la connaissez pas je peux vous envoyer des articles qui résument assez bien la loi et si vous le souhaitez-vous pourrez me faire un retour après en avoir pris connaissance.

FIN

- Est-ce que vous y a des choses que vous aimeriez ajouter, des sujets dont on n'a pas parlé que vous vous étiez dit ce serait important qu'on aborde ?

ANNEXE 3

Le rôle des médecins généralistes dans la lutte contre les violences faites aux femmes

Liens utiles

Sur la loi du mardi 22 juillet, destinée à mieux « protéger les victimes de violences conjugales », en introduisant notamment une exception au secret médical en cas de « danger immédiat » :

Débats en amont de l'écriture de la loi :

https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/12/11/violences-conjugales-la-derogation-au-secret-medical-divise-les-professionnels-de-sante_6022407_3224.html

Sur le vote par le conseil de l'ordre des médecins :

https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/12/18/violences-conjugales-le-feu-vert-sous-conditions-de-l-ordre-des-medecins-a-la-levee-du-secret-medical_6023242_3224.html

Sur la vote de la loi au Parlement:

https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/07/17/violences-conjugales-l-assemblee-vote-la-levee-du-secret-medical-en-cas-de-danger-immediat_6046458_3224.html

https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/07/21/violences-conjugales-le-parlement-vote-mardi-la-levee-du-secret-medical_6046814_3224.html

Sites et liens de références sur le rôle des médecins pour lutter contre les violences :

<http://www.decliviolence.fr/index.html>

Site très complet avec beaucoup d'informations, liens utiles, boîtes à outils ... Facile à prendre en main.

Réalisé par le département de médecine générale de Clermont-Ferrand

Recommandations HAS sur le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - 2019

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

Plusieurs dossiers intéressants à télécharger en pdf

Recommandations repérage et conduite à tenir en cas de maltraitance chez l'enfant -2017

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir

ANNEXE 4



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple

COMMENT REPÉRER - ÉVALUER

Juin 2019

REPÉRER SYSTÉMATIQUEMENT, MÊME EN L'ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE

- Des questions adaptées au contexte

Par exemple

- « *Comment vous sentez-vous à la maison ?* »
- « *Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ?* »
- « *En cas de dispute, cela se passe comment ?* »
- « *Comment se passent vos rapports intimes ? Et en cas de désaccord ?* »
- « *Avez-vous peur pour vos enfants ?* »
- « *Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ?* »
- « *Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ?* »
- « *Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ?* »
- « *Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ?* »
- « *Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ?* »

- En précisant que ces questions sont abordées avec toutes les patientes étant donnée la fréquence du risque.
- Il n'existe pas de gradient social ou culturel.

Y PENSER EN CAS DE...

<p>Troubles physiques</p>	<p>Signes fonctionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexpliquées. ■ Symptômes physiques chroniques inexpliqués : douleurs, asthénie, troubles digestifs, sensation d'engourdissements et de fourmillements dans les mains, palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer. ■ Mésusage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple). <p>Signes cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lésions traumatiques surtout si elles sont répétées (anciennes et multiples), évoquant la marque d'un objet vulnérant, avec des explications vagues et qui paraissent peu plausibles avec le mécanisme traumatique allégué. ■ Maladie chronique déséquilibrée.
<p>Troubles psychologiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations. ■ Addictions et/ou abus de substances. ■ Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hypervigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement). ■ Des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto-dévalorisation ». ■ États d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques. ■ Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars. ■ Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie. ■ Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire. ■ Des troubles psychosomatiques.
<p>Santé sexuelle et reproductive</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infections génitales et urinaires à répétition, et infections sexuellement transmissibles (IST) répétées, transmission du VIH. ■ Troubles de la sexualité, comportement sexuel à risque. ■ Douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie. ■ Grossesses non désirées et Interruptions volontaires de grossesse. ■ Complications obstétricales : décès maternel, hémorragie foeto-maternelle, fausses-couches, infections maternelles, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse. ■ Complications fœtales : mort <i>in utero</i>, retard de croissance intra-utérine, prématurité, faible poids à la naissance. ■ Retard ou absence d'accès aux soins périnataux. ■ Comportements à risque pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues illicites, mauvaise nutrition).
<p>En cabinet dentaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse, etc. ■ Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes, etc. ■ Asymétrie du visage, affaissement facial. ■ Troubles de l'occlusion. ■ Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire. ■ Attitude « trop » résistante à la douleur. ■ Attitude très docile, voire figée. ■ Troubles somatiques. ■ Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche. ■ Réflexions lors de l'examen clinique comme : « <i>J'ai l'impression qu'on me viole</i> ».

Y PENSER EN CAS DE FACTEURS ASSOCIÉS

Qu'une femme soit victime de violence	Qu'un homme se montre violent	Facteurs relationnels ou conjoncturels
<ul style="list-style-type: none"> ■ Le jeune âge. ■ Un faible niveau d'instruction. ■ Une exposition à la violence conjugale dans l'enfance. ■ Maltraitance pendant l'enfance. ■ L'acceptation de la violence. ■ La grossesse, la naissance d'un enfant ; la période périnatale. ■ Les handicaps, les maladies de longue durée. ■ Les problèmes de santé mentale. ■ La dépendance financière. ■ Une conduite addictive (alcool, drogues). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le jeune âge. ■ Un faible niveau d'instruction. ■ Antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance. ■ L'abus de drogues et d'alcool. ■ Des troubles de la personnalité. ■ La banalisation de la violence. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Insatisfaction dans le couple. ■ Contexte de séparation conflictuelle. ■ Domination masculine dans la famille. ■ Stress économique, précarité. ■ Une vulnérabilité liée à une dépendance administrative, et/ou sociale et/ou économique. ■ Écart entre les niveaux d'instruction, situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire masculin. ■ Différence d'âge importante dans le couple. ■ Un déracinement géographique entraînant un isolement sociétal.

Y PENSER EN CAS DE COMPORTEMENTS INHABITUELS OU INADAPTÉS...

Du conjoint	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un partenaire accompagnant trop impliqué, répond à la place de sa partenaire, minimise les symptômes, ou tient des propos méprisants et disqualifiants.
Des enfants	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rupture dans le comportement, rupture scolaire. ■ Repli sur soi ou hyperactivité. ■ Régression des acquisitions ou maturité précoce. ■ Troubles alimentaires, troubles du sommeil, douleurs répétées. ■ Actes délictueux, mise en péril de soi.

ÉVALUER LES SIGNES DE GRAVITÉ

- Gravité des actes de violences : fréquence, intensité, contexte (grossesse, enfants, projet de séparation), conséquences des violences (risque de suicide, hématomes, fractures, etc.).
- Dangereusité de l'agresseur : menaces de mort, tentatives de passage à l'acte (ex strangulation) ; présence d'armes au domicile, etc.
- Retentissement sur les enfants du foyer.
- Vulnérabilité de la victime (grossesse, isolement social, présence d'un handicap, épisode dépressif caractérisé).

© Haute Autorité de Santé – Juin 2019

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
 « **Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple** » – Recommandations – Juin 2019.
 Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019

Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple

COMMENT AGIR

Juin 2019

METTRE EN PLACE DES MESURES DE PROTECTION

En cas de situation jugée grave

- Hospitaliser sans délai après un appel au 15 ou mettre en sécurité en centre d'hébergement d'urgence.
- Conseiller de déposer plainte auprès de la police ou de la gendarmerie.
- Informer du droit de quitter le domicile conjugal avec les enfants, en le signalant à la police (main courante) ou à la gendarmerie.
- Informer du droit de saisir en urgence le juge aux affaires familiales, même sans dépôt de plainte, pour demander une ordonnance de protection (pour cette demande la victime peut être conseillée par un juriste d'une association du réseau CIDFF (Centre départemental d'information sur les droits des Femmes et des Familles) ou France victime.
- Décider une hospitalisation des enfants pour protection et évaluation.
- Réaliser un signalement auprès du Procureur de la République pour la mise en œuvre en urgence de mesure de protection des enfants.
- Faire une information préoccupante à la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes), si, sans avoir vu les enfants en consultation, le médecin estime qu'ils peuvent être en danger.

En cas de situation à risque élevé

- Conseiller à la victime de prévoir des mesures de sécurité pour se protéger en cas d'urgence sous la forme d'un **Plan de sécurité** à préparer de façon anticipée.

- Une liste des numéros d'urgence.
- La photocopie des documents personnels.
- Un double des clés et de l'argent de côté.
- Un sac contenant des effets de première nécessité (et les mettre en lieu sûr).

- Identifier à l'avance un lieu où se réfugier (dans la famille, chez des amis ou au sein d'une association).
- Convenir avec de la famille ou des amis de confiance d'un message codé destiné à les alerter en cas de danger imminent.

INFORMER ET ORIENTER LA PATIENTE

- Informer des structures associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider.

- Rappeler à la patiente qu'elle peut appeler le 15 ou se présenter aux urgences 24h/24, 7j/7.
- L'inciter à déposer plainte maintenant ou plus tard dès qu'elle se sentira prête et en sécurité pour le faire.
- Lui conseiller d'appeler le 3919 (Violences Femmes Info), numéro national d'aide aux femmes victimes de violence, ou le 116 006, numéro européen dédié aux victimes d'infractions pénales.
- Solliciter l'aide des services du Conseil départemental, en particulier, la PMI, les services sociaux.

ÉTABLIR UN CERTIFICAT MÉDICAL OU UNE ATTESTATION PROFESSIONNELLE

- Peut être utilisé pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une mesure de protection.

La consultation et l'examen clinique de la patiente sont un préalable indispensable à la rédaction du certificat.

- N'exprimer aucun jugement ni aucune interprétation : le rédacteur ne se prononce pas sur la réalité des faits, sur la responsabilité d'un tiers, ni sur l'imputabilité.
- Ne pas désigner nommément le tiers responsable.
- Reporter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif, entre guillemets, sous la forme : « *X dit avoir été victime de...* », « *la victime déclare...* », « *selon les dires de la victime...* ».
- Noter les doléances de façon exhaustive (sans interprétation ni tri) et entre guillemets, et les symptômes exprimés par la victime en utilisant ses mots.
- Décrire avec précision et sans ambiguïté les faits médicalement constatés (signes cliniques des lésions, signes neurologiques, sensoriels et psycho-comportementaux constatés), en s'appuyant sur l'examen clinique.
- Faire figurer les antécédents qui peuvent interférer avec les lésions traumatiques (état antérieur) uniquement avec l'autorisation expresse de la patiente.
- Préciser, en cas de violences psychologiques à l'origine de symptômes psychologiques, en quoi ils altèrent les conditions et la qualité de vie de la personne : les violences psychologiques constituent une effraction psychique au même titre que les violences physiques, et de longue durée.
- Mentionner si besoin des éléments cliniques négatifs ainsi que la prise de photos ou la réalisation de schémas anatomiques datées et identifiées, avec l'accord de la victime et en conservant un double des photographies.

- Déterminer une ITT (Incapacité totale de travail) lors du certificat initial n'est pas obligatoire : à éviter en l'absence de compétences spécifiques (l'ITT sera fixée ultérieurement à la demande des autorités par les services compétents).
- Modèles de certificats/d'attestations et conseils à consulter en annexe des Recommandations de bonne pratique « [Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple](#) » :
 - si vous êtes médecin ;
 - si vous êtes sage-femme ;
 - si vous êtes chirurgien-dentiste ;
 - si vous êtes masseur kinésithérapeute ;
 - si vous êtes infirmier.

RESSOURCES

→ Numéros d'urgence

- Violences Femmes Info : 3919
- Demande d'hébergement d'urgence : 115

→ Sites d'information

- www.stop-violences-femmes.gouv.fr (à conseiller aux victimes et qui comporte également une rubrique dédiée aux professionnels)
- Declicviolenace : <http://declicviolenace.fr/index.html>

→ Recommandations de bonne pratique « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple »

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » – Recommandations – Juin 2019.
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019

ANNEXE 5

- WAST

Figure 1. Version française du Woman Abuse Screening Tool

**INSTRUMENT DE MESURE
POUR LES CAS D'ABUS CONJUGAUX
ENVERS LA FEMME**

1. En général, comment décririez-vous votre relation de couple?

- très tendue quelque peu tendue aucune tension

2. Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...

- beaucoup de difficulté une certaine difficulté aucune difficulté

3. Vos disputes vous font-elles parfois vous déprécier ou vous bouleversent-elles?

- souvent quelquefois jamais

4. Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou de la bousculade?

- souvent quelquefois jamais

5. Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire?

- souvent quelquefois jamais

6. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement?

- souvent quelquefois jamais

7. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous émotionnellement?

- souvent quelquefois jamais

Source : Brown J.B., Schmidt G., Lent B., Sas G., « Dépistage de la violence faite aux femmes : Epreuves de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français », *Canadian family physician* 47, Mai 2001.

https://www.researchgate.net/publication/277278328_Depistage_de_la_violence_faite_aux_femmes_Epreuves_de_validation_et_de_fiabilite_d%27un_instrument_de_mesure_francais

ANNEXE 6

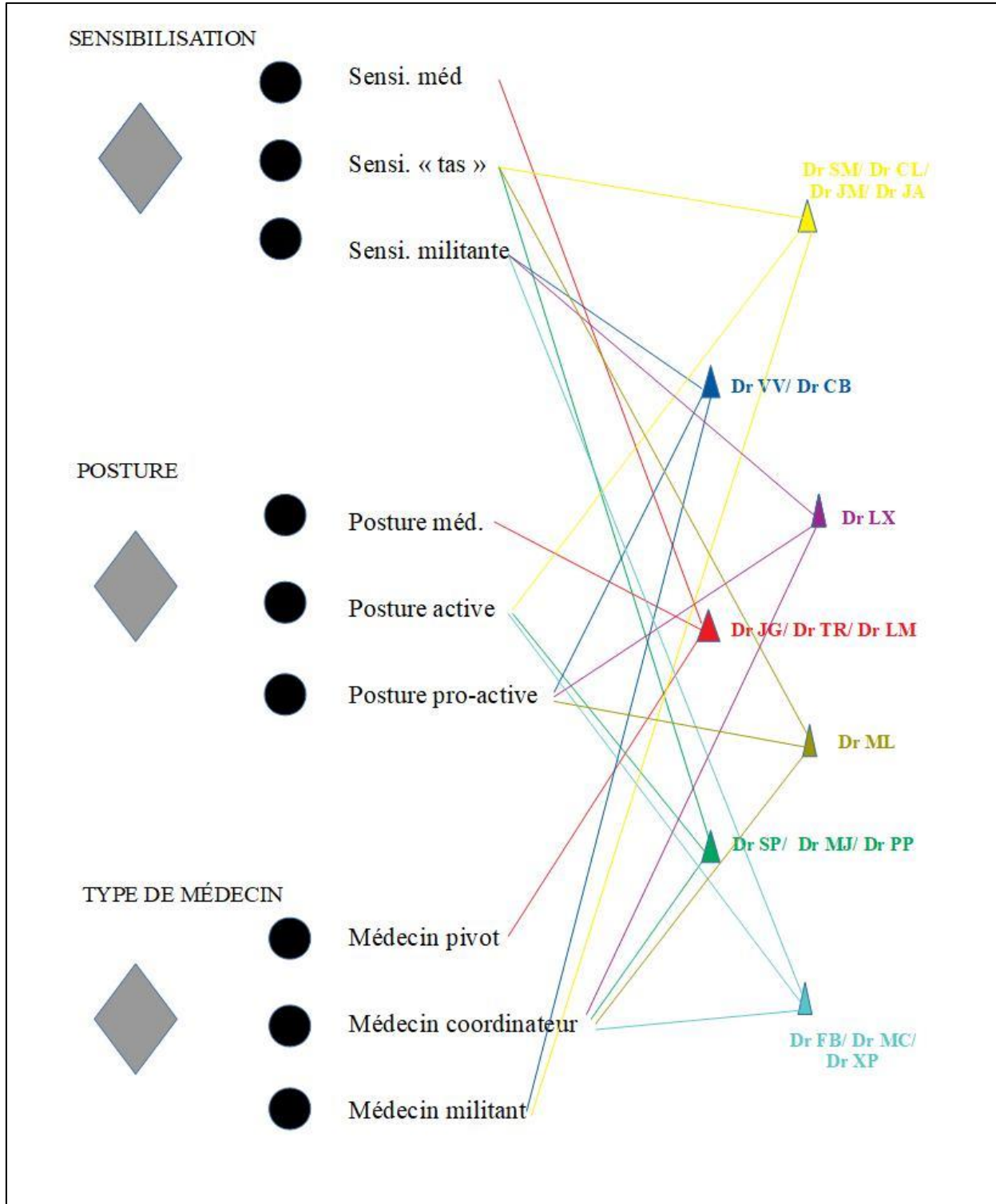


Illustration du croisement des 3 typologies préliminaires.