



HAL
open science

Effet de la formation médicale continue sur le thème des violences conjugales auprès des médecins généralistes en Normandie : impact, évolution des freins et du rôle et identification d'une formation idéale

Marie Launey-Mouchel

► To cite this version:

Marie Launey-Mouchel. Effet de la formation médicale continue sur le thème des violences conjugales auprès des médecins généralistes en Normandie : impact, évolution des freins et du rôle et identification d'une formation idéale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04043029

HAL Id: dumas-04043029

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04043029>

Submitted on 23 Mar 2023

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2022

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 24 novembre 2022

par

Mme Launey-Mouchel Marie

Née le 14 septembre 1992 à Cherbourg (*Manche*)

TITRE DE LA THÈSE :

**Effet de la formation médicale continue sur le thème des violences
conjugales auprès des médecins généralistes en Normandie**
Impact, évolution des freins et du rôle et identification d'une formation idéale

Président : Monsieur le Professeur MOUTEL Grégoire

Membres : Madame le Docteur BEDIER Christiane, directrice de thèse

Monsieur le Docteur REMOUE Jean-Emmanuel

Monsieur le Docteur MANCEL Fabrice

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

AsseseursProfesseur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie

Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme	LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses

Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie
Mme	VILLOT Anne	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

AssesseursProfesseur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LE GOUIL Mériadeg	Bactériologie-Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	VILLAIN Cédric	Gériatrie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ARMAND Audrey Médecine générale

M. BANSARD Mathieu Médecine générale

M. COUETTE Pierre-André Médecine générale

Mme NOEL-DE JAEGER Sophie Médecine générale

M. PITHON Anni Médecine générale

M. SAINMONT Nicolas Médecine générale

Mme SCHONBRODT Laure Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme DEBRUYNE Danièle Pharmacologie fondamentale

Au Professeur Grégoire Moutel, vous me faites l'honneur de présider ma soutenance de thèse et de juger mon travail, veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A mon juge et directrice de thèse, Madame le Docteur Christiane Bedier, je vous remercie de votre accompagnement et votre soutien depuis le début de mon internat, de m'avoir guidée depuis l'émergence de ce projet de thèse, et de juger aujourd'hui ce travail.

A mon juge, Monsieur le Docteur Jean-Emmanuel Remoué, je vous remercie de m'avoir fait découvrir la médecine légale, de m'avoir conseillée dans ce travail de thèse et de le juger aujourd'hui.

A mon juge, Monsieur le Docteur Fabrice Mancel, je vous remercie de m'avoir soutenue dans ce travail, de m'avoir fait découvrir et participer à de multiples formations médicales sans lesquelles ce projet n'aurait pas été possible, et de juger aujourd'hui mon travail. Merci pour votre bienveillance et votre écoute pendant mon SASPAS, vous m'avez fait aimer la médecine libérale.

Aux médecins et aux associations qui ont participé à ce projet, merci d'avoir répondu présent et donné de votre temps. J'espère que ce travail reflétera au mieux les riches échanges que nous avons eu.

A mon mari, Paul, ou devrais-je dire Docteur Mouchel, merci pour ton soutien, ta compréhension et ta relecture minutieuse pour que ce projet puisse par sa lecture procurer « une émotion esthétique ». Tu me pousses depuis notre rencontre à donner le meilleur de moi ; ce travail en est un des nombreux fruits. Je t'aime !

A mes parents, merci de m'avoir toujours soutenue, d'avoir cru en moi et de continuer de faire tout pour que je réussisse. Vous m'avez appris à ne jamais lâcher et que les épreuves sont faites pour être traversées. Cet aboutissement de mes années d'étude, je vous le dois.

A ma grande sœur, Claire, merci pour ton amour inconditionnel. Tu me soutiens depuis toujours dans mes projets, dans leur réussite comme leur échec. Je suis heureuse de partager l'aboutissement de ce projet avec toi, car je ne serais pas la femme que je suis aujourd'hui sans toi.

A mes ami(e)s de Caen de médecine, Anne (dédicace spéciale : merci de m'avoir présenté ton frère !), Alice, Léa, Céline, Clémence, Ophélie, Agathe, Anna, Aurianne, Jean-louis, Bambi, Nelly, Anissa, Julia, Solenne, Elody et la colloque de l'amour avec Alexandre, Marianne, Julia, Marine. Depuis notre rencontre, vous m'accompagnez dans les études comme dans la vie, en y apportant votre joie de vivre et votre bienveillance. Je n'oublie pas mes co-internes qui ont rendu ces années d'internat plus douces : Alex, Alexandre, Julie, Martin, Ninon, Clémence, Manon, Flavie... Sans compter sur les équipes des urgences, de gériatrie et pédiatrie d'Avranches, la gynéco à Saint-Lô, et l'inoubliable SASPAS à Saint-Pois avec Fabrice et Stéphane.

A toutes mes étoiles, Anne-Sophie, Aurélie, Camille, Florence vous illuminez ma vie par votre présence. Et à Marie, depuis notre rencontre, tu m'as appris que les épreuves sont le terreau d'un beau jardin ; je t'offre quelques-unes de ces fleurs !

A mes étoiles filantes, Michèle, merci de m'avoir appris que parfois dans la vie, on fait les choses par devoir et par morale, malgré la peur et l'adversité. Merci pour ton soutien maternel, tu seras toujours en moi l'avocate brillante et bienveillante que j'admirais à 5 ans. A Madame Vernouillet, vous m'avez enseigné Racine, Saint-Exupéry et les plus belles pages de la littérature française. Même si mon orthographe reste douteuse, jamais je n'oublierais vos derniers mots : « Tu sais parfois, dans la vie, il faut se battre », probablement parce qu'il faut toujours lutter contre les moutons qui veulent manger les roses, et que lutter par amour, pour l'amour, c'est l'exact opposé de la violence, c'est le cultiver chaque jour.

Liste des abréviations

AFDEM	Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel
ARS	Agence régionale de santé
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CHRS	Centre d'hébergement et de réadaptation sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDFF	Centre d'information sur les droits des femmes et des familles
CMP	Centre médico-psychologique
CPS	Carte professionnelle de santé
CRAT	Centre de référence sur les agents tératogènes
CRIP	Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes
DES	Diplôme d'études supérieures
DPC	Développement professionnel continu
ECN	Epreuves classantes nationales
ENVOL	Espace normand de victimologie à orientation libre
FMC	Formation médicale continue
FMI	Formation médicale initiale
HAS	Haute autorité de santé
IST	Infection sexuellement transmissible
ITT	Incapacité temporaire de travail
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MG	Médecin généraliste
MIPROF	Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
SASPAS	Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé
UMJ	Unité médico-judiciaire

URML	Union régionale des médecins libéraux
VIF	Violence intrafamiliale
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WAST	<i>Woman abuse screening tool</i> : outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 : freins des médecins généralistes au dépistage des violences conjugales de 2013 à 2019	5
Tableau 2 : Caractéristiques de la population d'études	13
Figure 1 : Le modèle de Kirkpatrick, présenté par l'université de Strasbourg(39)	10
Figure 2 : Freins au dépistage	15
Figure 3 : Freins à la prise en charge	23
Figure 4 : Effet de la formation sur les freins	52
Figure 5 : Impact formation 1	59
Figure 6 : Impact formation 2	59
Figure 7 : Impact formation 3	60
Figure 8 : Impact formation 4	61
Figure 9 : Impact formation 5	62
Figure 10 : Impact formation 6	63
Figure 11 : Impact formation 7	65
Figure 12 : Impact formation 8	66
Figure 13 : Effet des formations et outils sur les freins au dépistage	73
Figure 14 : Effet de la formation et des outils sur les freins à la prise en charge	74

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Sommaire

Introduction	1
1. Ouverture	1
2. Définitions et conséquences des violences conjugales	1
2.1. Définitions	1
2.1.1. Violence intrafamiliale	1
2.1.2. Violence conjugale	2
2.1.3. Violence faite aux femmes	2
2.2. Conséquences des violences	2
3. Rôle et freins du médecin généraliste	3
3.1. Rôle du médecin généraliste	3
3.2. Freins au dépistage	4
3.2.1. Manque de connaissances	5
3.2.2. Freins liés aux victimes	6
3.2.3. Freins liés aux professionnels	6
3.2.4. Freins liés à la pratique de la médecine générale libérale	6
4. Etat des lieux des formations médicales	7
4.1. Formation médicale française	7
4.1.1. Formation en ligne	8
4.1.2. Formation présentielle	9
4.2. Impact des formations	9
Matériel et méthode	11
1. Type d'étude	11
2. Objectif	11
3. Population d'étude et recrutement	11
4. Recueil de données	12
5. Analyse des données	12
6. Ethique	12
Résultats	13
1. Population d'étude	13

2. Evolution des freins au dépistage et à la prise en charge	14
2.1. Freins au dépistage	14
2.1.1. Les freins liés aux victimes	14
2.1.2. Suivre la famille, le conjoint	16
2.1.3. Tabou	17
2.1.4. Déni médical	17
2.1.5. Le malaise	17
2.1.6. Difficulté à communiquer	18
2.1.7. Manque de connaissance / absence de formation	18
2.1.8. Désintérêt	19
2.1.9. Problème plus social et judiciaire	19
2.1.10. Routine	20
2.1.11. Surcharge de travail, désintérêt et priorité	20
2.1.12. Difficulté d'identification et repérage	21
2.1.13. Peur de l'erreur	22
2.1.14. Impuissance	22
2.2. Freins à la prise en charge	22
2.2.1. Difficulté d'accès au réseau	24
2.2.2. La difficulté de communication	25
2.2.3. Isolement	25
2.2.4. Incompréhension des décisions du réseau	25
2.2.5. Jugement médical : réseau inefficace et négligent, et discrédit de la victime	26
2.2.6. Insatisfaction	26
2.2.7. Epuisement	26
2.2.8. Impuissance	27
2.2.9. Dévalorisation	27
2.2.10. Absence de libération de la parole	28
2.2.11. Ambivalence médicale	28
2.2.12. Perte de confiance	28
3. Impact formation	28
3.1. Connaissances théoriques	28
3.2. Sensibilisation	29
3.3. Repérage	29
3.4. Dépistage au cas par cas	29
3.5. Dépistage systématique	29
3.6. Etre à l'aise	30
3.7. Connaissance du réseau	30
3.8. Orienter	31
3.9. Faire partie d'une équipe et coopération	31
3.10. Communication et psychologie	32

SOMMAIRE

3.11. Savoir être et professionnalisme	32
4. Formation idéale : les attentes des médecins	33
4.1. Format de formation	33
4.1.1. Format mixte	33
4.1.2. Participation active	34
4.2. Contenu de la formation	35
4.2.1. Expert	35
4.2.2. Interlocuteurs locaux	35
4.2.3. Animateur	35
4.2.4. Savoir scientifique	36
4.2.5. Connaissance pratique	36
4.2.6. Cas cliniques et case report	37
4.2.7. Thème	37
4.2.8. Outils	38
4.3. Organisation	38
4.3.1. Habitude de formation	38
4.3.2. Communication autour du thème et de la formation	39
4.3.3. Organisation en amont	39
4.3.4. Localisation	40
5. Rôle médical	40
5.1. Orienter et faire partie d'une équipe	40
5.2. Accueillir et être à l'écoute	41
5.3. Dépister les violences	41
5.4. Evaluer la gravité et l'emprise	41
5.5. Certificat et signalement	42
5.6. Gestion de l'urgence	42
5.7. Expliquer	42
5.8. Assurer les soins et accompagnateur	43
5.9. Communication et relation de confiance	43
5.10. Education	44
5.11. Professionnalisme	44
5.12. Approche centrée sur le patient	45
Discussion	47
1. Evolution des freins	47
1.1. Freins au dépistage	47
1.1.1. Mentalité	47
1.1.2. Malaise	48
1.1.3. Difficulté de communication	48
1.1.4. Manque de connaissance et de formation universitaire	49
1.1.5. Désintérêt	49

1.1.6. Problème plus social et judiciaire	50
1.1.7. Routine	51
1.1.8. Boucle de surcharge de travail, désintérêt et priorité	51
1.1.9. Difficulté d'identification	52
1.1.10. Peur de l'erreur	52
1.1.11. Impuissance	53
1.1.12. Rupture de la relation de confiance	53
1.2. Freins à la prise en charge	54
1.2.1. Méconnaissance du réseau	54
1.2.2. Difficulté d'accès au réseau	54
1.2.3. Difficulté de communication avec le réseau	54
1.2.4. Dévalorisation médicale	55
1.2.5. Impuissance	56
1.2.6. Isolement	57
1.2.7. Perte de confiance	57
1.2.8. Absence de libération de la parole et ambivalence	57
2. Impact de la formation	58
2.1. Apport de connaissances	58
2.2. Repérage et identification	58
2.3. Dépistage au cas par cas	59
2.4. Dépistage systématique	59
2.5. Etre à l'aise	61
2.6. Connaissance du réseau	61
2.7. Orienter	62
2.8. Faire partie d'une équipe et coopérer	62
2.9. Communication et psychologie	63
2.10. Savoir être et professionnalisme	65
3. Formation idéale	66
3.1. Le format	66
3.2. Le contenu	67
3.3. Organisation	69
4. Evolution du rôle médical	71
5. Forces et limites	75
5.1. Forces	75
5.2. Limites	75
6. Perspective	76
Conclusion	79
Bibliographie	81

SOMMAIRE

Annexes	85
1. Guide d'entretien	85
2. Fiche contact	88

Introduction

1. Ouverture

Selon l'enquête Cadre de Vie et Santé(1), en 2018 en France métropolitaine, 0,7 % des femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint chaque année. Pour 86 % d'entre elles, les violences sont physiques et sexuelles. Dans la majorité des cas, les victimes ont également subi des violences verbales et psychologiques.

L'ampleur des chiffres fait de ce thème un enjeu politique. Un enjeu d'autant plus important que depuis l'ère #NousToutes et #MeToo, il mobilise l'opinion publique. Si bien que pour ce quinquennat, une nouvelle fois, les violences faites aux femmes sont érigées en grande cause. Et, quand on connaît les conséquences des violences conjugales sur la santé des victimes (dépressions, crises d'angoisse, problèmes gynécologiques et obstétricaux, etc.), on comprend que c'est aussi un enjeu de santé publique. D'ailleurs, les victimes de violences conjugales choisiront comme interlocuteur dans 25 % des cas un médecin généraliste, dans 19 % seulement des cas un psychiatre et dans 8 % des cas une association d'aide aux victimes. 55 % d'entre elles n'iront jamais en parler(1). En somme, pour 55 % d'entre elles, si le dépistage ne vient pas du professionnel, les violences resteront cachées. Le médecin généraliste n'est pas seulement un interlocuteur concerné et privilégié des victimes de violences, il est aussi un acteur de première ligne pour le dépistage de ces dernières et pour la prise en charge de leurs conséquences sur la santé. Les former correctement à ce rôle est donc indispensable. Ainsi, en 2011, Gilles Lazimi, médecin généraliste, maître de conférences à l'université Pierre et Marie Curie et membre du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, déclarait(2) :

« Il est essentiel qu'enfin soit mis en place dans nos facultés de médecine un véritable enseignement initial et continu sur les violences faites aux femmes et leurs conséquences en matière de santé car notre rôle de médecins est fondamental. »

2. Définitions et conséquences des violences conjugales

2.1. Définitions

2.1.1. Violence intrafamiliale

La violence intrafamiliale se définit comme « toute forme de violence physique, sexuelle, psychique ou économique entre membres d'une même famille, quel que soit leur âge. »(3) Font partie d'une même famille :

- toutes les personnes unies par un lien de parenté en ligne ascendante et descendante ou collatérale au deuxième degré (frères et sœurs, demi-frères et demi-sœurs). Sont assimilés à ce lien établi par le droit, certains liens qui ne sont que de fait (lien biologique ou lien affectif durable) ;

- les époux ou personnes cohabitant ou ayant cohabité et entretenant ou ayant entretenu une relation affective et sexuelle durable ainsi que les descendants et ascendants des partenaires ou de l'un d'eux, habitant ou ayant habité avec eux.

Ce terme de violence intrafamiliale est apparu à la suite de plusieurs prises de conscience, notamment le fait que les violences perpétrées au sein du couple ont un impact sur les enfants. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(4), ces derniers présentent plus de problèmes de santé, plus de troubles du comportement et, à l'âge adulte, ils sont plus susceptibles de devenir eux-mêmes auteurs ou victimes de violences. Ces conséquences ont d'ailleurs fait évoluer en 2021, en France, le statut de ces enfants de témoins des violences conjugales à victimes de violences conjugales. Cette évolution du code pénal(5,6) permet une meilleure reconnaissance de l'impact des violences sur l'ensemble de la sphère familiale. Désormais, au sein d'une famille, on ne peut pas considérer qu'il y ait de violences conjugales sans violences intrafamiliales (VIF).

2.1.2. Violence conjugale

Les violences conjugales sont une part des violences intrafamiliales et sont définies par le site Solidarité Femmes Loire-Atlantique comme(7) :

« Un processus au cours duquel un partenaire exerce à l'encontre de l'autre, dans le cadre d'une relation privée et privilégiée, des comportements agressifs, violents et destructeurs. L'emprise et la peur du conjoint enferment la victime dans un conditionnement dont il lui est difficile de sortir sans aide. La violence conjugale entraîne des conséquences graves qui peuvent aller jusqu'au décès de la victime. »

Les violences conjugales ne sont ni un conflit de couple, ni un couple qui est en difficulté. La violence conjugale se distingue par une asymétrie dans la relation avec une volonté de maîtriser l'autre, le dominer, voire de le détruire. Dans un conflit de couple, le respect de l'autre, de son altérité est conservé. Les violences conjugales atteignent la personne victime dans son intégrité physique et psychique, dans son autonomie et dans sa liberté d'aller et venir(8).

2.1.3. Violence faite aux femmes

La majorité des violences intrafamiliale et conjugale étant perpétrée contre des femmes, définir la violence faite aux femmes est important. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé(4) :

« La violence faite aux femmes désigne tout acte de violence fondée sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. »

2.2. Conséquences des violences

Il n'y a pas de violence sans conséquences sur l'état de santé de la victime. Elles atteignent les individus dans toutes les sphères (mentale, émotionnelle, physique et sociale), ce qui en fait un problème majeur de santé publique selon l'Organisation Mondiale de la Santé(4) et la Haute Autorité de Santé (HAS)(9,10). Cette dernière répertorie tous ces points dans son guide pratique sur le repérage des victimes de violences au sein du couple. Ces conséquences y sont présentées comme des points d'appel, des marqueurs de violences selon le docteur Salmona(11) devant faire rechercher les violences. En effet, ce que verra en premier un professionnel de santé, ce ne sont pas les violences, mais leurs conséquences. Quelles que soient la nature des violences, leurs conséquences sont d'autant plus vastes que les violences ont été importantes, répétées et qu'elles ont duré dans le temps. Si certaines peuvent

2. DEFINITIONS ET CONSEQUENCES DES VIOLENCES CONJUGALES

présenter quelques spécificités, toutes les formes de violence ont en commun d'avoir de multiples conséquences, dont les exemples suivants, tirés de l'OMS, des guides de la HAS, et de l'association Mémoire Traumatique, ne sont pas exhaustifs :

- des conséquences au niveau de la santé mentale avec un syndrome de stress post-traumatique, des troubles dissociatifs, des troubles anxieux-dépressifs, des troubles du comportement alimentaire, des conduites addictives, des conduites auto- et hétéro-agressives. Ainsi l'Organisation Mondiale de la Santé relève que la probabilité de connaître des problèmes de dépression ou d'alcoolisme est presque deux fois plus élevée chez les femmes ayant subi des violences au sein de leur couple(4) ;
- des conséquences au niveau physique comme des troubles somatiques liés au stress (fatigue et douleurs chroniques, troubles cardio-vasculaires...), une aggravation de pathologies par manque de soin (impossibilité d'y aller, confiscation de médicaments...) et des traumatismes, parfois avec une issue mortelle ;
- des conséquences au niveau gynécologique comme des grossesses non désirées, des interruptions volontaires de grossesse (IVG) désirées ou non, des problèmes lors des rapports sexuels (dysparanie, vaginisme, anorgasmie) ou des infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH (virus de l'immunodéficience humaine). L'étude réalisée en 2013 par l'OMS au sujet des effets néfastes sur la santé associés à la violence à l'égard des femmes(12) a montré que les femmes ayant subi des violences physiques ou des abus sexuels étaient 1,5 fois plus exposées au risque d'IST que les femmes n'ayant pas subi de violences de la part de leur partenaire. Elles sont par ailleurs deux fois plus exposées au risque de subir un avortement ;
- des conséquences au niveau obstétrique comme des hémorragies, fausses couches, mort *in utero* et insuffisance pondérale de l'enfant à la naissance. Après l'accouchement, il y a plus de risque de carence ou d'absence de soins à l'enfant. Ainsi l'OMS relève que « les femmes qui subissaient des violences de la part de leur partenaire étaient exposées à un risque de faire une fausse couche de 16 % supérieur à celui encouru par les femmes qui n'en subissaient pas, et que leur risque d'accoucher prématurément était plus élevé de 41 % ; »(4)
- des conséquences sociales avec des personnes en situation d'isolement, en incapacité de travailler ou de prendre soin d'elles-mêmes et de leurs enfants. On constate un absentéisme et un échec scolaire plus grand pour les enfants. Ces conséquences sociales notées par l'OMS(4) sont confirmées par l'enquête Ipsos Violence Sexuelle dans l'Enfance de 2019(13), menées par l'association Mémoire Traumatique.

Les conséquences des violences intrafamiliales sont multiples, durables, et font de ce thème un enjeu majeur de santé publique. La conséquence marquante est leur reproductibilité ; une victime de violence intrafamiliale sera plus vulnérable et risque de subir de nouvelles violences dans sa vie, voire de devenir auteur de violence. Les dépister via ces points d'appels est donc primordial pour les professionnels de santé dont le rôle, dans ces prises en charge, est multiple.

3. Rôle et freins du médecin généraliste

3.1. Rôle du médecin généraliste

Face à l'ampleur des conséquences de ce problème de santé publique, le rapport Henrion(14), rédigé en 2001, a défini les rôles du médecin face à une femme victime de violences :

- accueillir et être à l'écoute ;
- dépister les violences : par un dépistage systématique ou orienté en fonction d'éléments indicateurs de celles-ci (syndrome dépressif, anxieux, trouble du sommeil, trouble du

comportement alimentaire...);

- évaluer la gravité : conséquences somatiques, gynécologiques, psychiques, identification de facteur de gravité ;
- assurer les soins et constituer un dossier ;
- rédiger le certificat de coups et blessures ;
- informer et orienter la patiente ;
 - hospitalisation en cas d'urgence immédiate,
 - convaincre la patiente de porter plainte,
 - l'orienter vers les unités médico-judiciaires (UMJ),
 - l'orienter vers des associations.

Ces différents points sont principalement exposés dans les deux guides de la Haute Autorité de Santé(9,10), le site internet Arrêtons les violences(15) et le site Décllic Violence(16,17) qui est un outil de formation sur les violences à destination des médecins généralistes. La rédaction d'un signalement, le repérage de l'emprise et la gravité d'une situation de violence conjugale sont bien détaillés également dans le vadémécum paru en 2021. L'orientation va dépendre de la connaissance par le médecin de son réseau, local comme national. L'ensemble du réseau normand est en cours de cartographie et sera disponible en ligne sur les sites Arrêtons les violences et Décllic Violence, où l'on trouve déjà le réseau national. En attendant, il existe des fiches contacts, comme celle présentée en annexe.

Ce réseau n'est pas seulement amené à se diffuser davantage, il est aussi en train de s'élargir. En effet, dans leur objectif d'accueil et de prise en charge, l'UMJ de Saint-Lô est pilote, depuis 2011, d'un protocole expérimental : ENVOL (Espace Normand de Victimologie à Orientation Libre). Cet espace permet aux victimes de se présenter spontanément à l'UMJ, ou aux médecins d'envoyer avec ou sans courrier des patients victimes de violences intrafamiliales et de violences sexuelles. L'objectif est de diriger les victimes de violences vers les intervenants sociaux, médicaux et judiciaires utiles à leurs besoins, et de débiter une prise en charge. Actuellement, environ trois cents patients y sont vus par an. Depuis, d'autres unités se développent en Basse-Normandie, avec une unité à Cherbourg et une antenne à Avranches. Lisieux doit également bientôt devenir centre référent. Le projet est d'une telle utilité, que depuis décembre 2021, il a été décidé, au niveau national, de les pérenniser et de les développer dans l'ensemble de la France. Le réseau se déploie donc et sa diffusion en ligne devrait permettre d'améliorer la connaissance qu'en ont les médecins généralistes. La méconnaissance du réseau reste cependant un vrai facteur limitant à la prise en charge pour de nombreux médecins. Mais il existe bien d'autres freins pouvant gêner le médecin pour remplir son rôle, même si celui-ci a été clairement défini par le rapport Henrion, comme nous allons le voir par la suite.

3.2. Freins au dépistage

Ainsi, alors même que les recommandations évoluent vers une systématisation du dépistage, celui-ci demeure peu pratiqué sur le terrain. Selon le docteur Linassier(18), en 2017, 17,6 % des médecins pratiquaient un dépistage systématique et selon symptômes. Les chiffres retrouvés dans la Manche en 2019 par le docteur Ambert sont encore moindres, mais ils mettent surtout en avant que 66 % des médecins sont opposés à un dépistage systématique(19). Pourquoi cette opposition des médecins généralistes ? La lecture de différentes thèses sur les freins au dépistage des violences en médecine générale aide à mieux comprendre la situation. L'étude qualitative du docteur Barroso en 2013 avait ainsi permis d'identifier de nombreux freins, confirmés par d'autres études regroupées dans le tableau 1(18-22). On voit dans ces études une récurrence de ces freins qu'on peut classer en différentes catégories.

3. RÔLE ET FREINS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Enquêtes / Freins au dépistage	Barroso 2013 (Paris)	Cornilleau 2012 (France)	Ambert 2019 (Manche)	Dautrevaux 2016	Linasier 2017
	étude qualitative	étude quantitative	étude quantitative	revue littérature	étude quantitative
manque d'expérience / formation	X	20 % (certificats) 61 % sinon	X	10 études sur 19	36 %
absence de test de dépistage					34 %
méconnaissance du réseau	X	X		7 sur 19	18 %
manque d'intérêt du médecin		X			
problème social, non médical	X				
relation médecin-patient / confiance	X	8 %			
connaissance du mari / de la famille	X	35 %		7 sur 19	
pudeur / respect vie privée / tabou	X			7 sur 19	18 %
peur / gérer l'émotion / vécu du médecin	X			5 sur 19	
sentiment d'impuissance	X	36 %		14 sur 19	63 %
banalisation et déni du médecin	X			5 sur 19	
peur des représailles / des retombées judiciaires	X			5 sur 19	
responsabilité de la victime / crédibilité	X			9 sur 19	
représentation caricaturale de la victime	X			5 sur 19	
déni / dissociation / dissimulation / emprise	X	86 %	X	9 sur 19	
refuse l'aide	X	52 %			
barrière de la langue	X				
problème culturel	X				
manque de temps	X	25 %	X	11 sur 19	18 %
motif caché / aspécifique		61 %	X	5 sur 19	
présence des enfants / du mari	X	X			
être un homme	X				
isolement du médecin	X			7 sur 19	

Tableau 1 : freins des médecins généralistes au dépistage des violences conjugales de 2013 à 2019

3.2.1. Manque de connaissances

Le manque de connaissances, de formation sur les violences et leur dépistage est une problématique récurrente. Dans sa revue de littérature, Dr Dautrevaux(22) note que dix études sur dix-neuf présentent le manque de connaissances et de formation comme un frein au dépistage, soit un des facteurs le plus fréquent. Ce défaut de formation a pour conséquence un sous-dépistage important. En effet, en 2019, dans la Manche, selon Dr Ambert, les médecins généralistes étaient seulement 8 % à faire un dépistage systématique et 26 % selon les points d'appel(19). Cette méconnaissance des violences est également

source d'idées reçues et d'incompréhension des victimes de la part du milieu médical. Parmi les manques de connaissances identifiés par les médecins généralistes, il y a ceux des réseaux professionnels. Sept des études analysées par Dr Dautrevaux(22), dont celle de Dr Cornilleau(21), font état de ce problème. C'est pourtant un des éléments les plus indispensables à la prise en charge.

3.2.2. Freins liés aux victimes

Le déni de la victime, parfois interprété comme de la dissimulation, est un des freins les plus réitérés par les médecins. L'état dissociatif, au lieu d'être compris comme un marqueur des violences, est interprété comme un obstacle. C'est ce que révèle neuf des dix-neuf études analysées par Dr Dautrevaux(22). La victime est d'ailleurs encore souvent perçue comme une personne vulnérable, dépressive, de classes socio-économique et culturelle faibles, au chômage, dépendante financièrement de son partenaire, vivant dans un milieu où l'alcool est présent, récidivant dans le choix de partenaires violents, et qui, au final, a peut-être parfois mérité les violences qu'elle a subies... Cette représentation peut éventuellement s'expliquer par le manque d'intérêt et le sentiment d'impuissance des médecins interrogés par Dr Barroso(20), mais cela reste une hypothèse. Cependant, le déni de la victime, qu'il soit inconscient ou conscient, est un frein réel au dépistage pour les médecins. Il est cité par 86 % des médecins dans la thèse de Dr Cornilleau(21) et dans neuf des études de la revue de littérature de Dr Dautrevaux(22). Et ce déni, cette emprise, cette peur de l'agresseur, mettent bien souvent la victime dans une incapacité à réagir, voire à refuser l'aide. Ce refus est une limite évoquée par 52 % des médecins généralistes dans la thèse de Dr Cornilleau(21).

3.2.3. Freins liés aux professionnels

Les appréhensions et les représentations du médecin généraliste sont autant de freins qui s'ajoutent indépendamment au manque de formation. Ce sentiment d'impuissance loin d'être anodin est le facteur limitant le plus souvent retrouvé selon Dr Dautrevaux(22). Quatorze études le mentionnent sur les dix-neuf analysées, et 36 % des médecins interrogés par le docteur Cornilleau(21) le notent également. Parmi les différentes peurs identifiées par les médecins généralistes (échec, impuissance, isolement), il y a également celle, souvent citée, des représailles de la part de la famille ou du conjoint, et également des retombées judiciaires. Enfin, la question de violence est encore assujettie à la honte et au sentiment d'impudeur, ce qui rend son abord plus complexe. Il s'agit effectivement de briser un tabou. Cette gêne est citée dans sept des études analysées par Dr Dautrevaux(22).

3.2.4. Freins liés à la pratique de la médecine générale libérale

Parmi les autres problématiques de terrain se trouve le déroulement d'une consultation de médecine générale. Entre quinze et vingt minutes pour la plupart des médecins généralistes, elle est jugée trop courte pour permettre le dépistage et la prise en charge des violences. Le caractère chronophage de ces consultations est un facteur limitant, évoqué par 25 % des médecins dans l'étude du docteur Cornilleau(21). Il est également mentionné par les médecins généralistes de la Manche dans l'étude du docteur Ambert. Pour beaucoup de médecins généralistes, environ 35 % selon Dr Cornilleau(21), connaître le mari, la famille, est limitant. Ce lien qui se tisse entre patients et médecins devient alors facteur d'un déni médical, car il est difficile de suspecter un patient que l'on suit depuis vingt ans soit auteur ou victime de violence. Et c'est encore cette relation de confiance qui vient poser un autre problème. En effet, en dépistant, nombre de médecins ont peur de se montrer intrusif et de perdre la confiance de leur patient. Enfin, on note un sentiment d'isolement des médecins généralistes, recensé dans sept des dix-neuf études étudiées par le Dr Dautrevaux(22).

4. Etat des lieux des formations médicales

Parmi les nombreux freins évoqués ci-dessus, beaucoup semblent être liés à un défaut de formation, source de manque de connaissances et d'appréhension. Le rapport Henrion(14) faisait d'ailleurs le même constat : « Dans toutes les études consultées, les médecins se plaignent de n'avoir reçu aucune formation. Ils ne savent comment aborder le problème et prendre de bonnes décisions. Ils redoutent d'aggraver la situation avec des réactions inadéquates ». Les médecins généralistes sont majoritairement conscients de cette faille. Ainsi, le docteur Ambert avait recensé que 60 % des médecins généralistes de la Manche estimaient leurs connaissances sur les violences insuffisantes(19). Ils étaient 72 % à désirer être formés. Ces résultats sont sensiblement proches de ceux du docteur Cornilleau(21). Au cours de son étude à Paris en 2012, 66,9 % des médecins généralistes se sont estimés mal formés.

Les médecins généralistes installés ne sont pas les seuls à identifier ce manque de formation comme préjudiciable. En effet, en 2012, au cours de sa thèse, Dr Auslender(23) a pu identifier qu'en France, 80 % des étudiants en médecine du 2^e et 3^e cycle ne s'estimaient pas formés au dépistage des violences, qu'ils sont 70 % à éprouver des difficultés à aborder le sujet des violences et 80 % à n'avoir jamais posé la question.

4.1. Formation médicale française

Devant ce constat, afin que les médecins puissent remplir leur rôle tel qu'il avait été défini, le rapport Henrion(14) avait demandé :

- d'intégrer dans la formation médicale initiale et la formation continue des enseignements qui incitent les médecins à s'impliquer activement dans la prévention et le dépistage des violences envers les femmes et d'inscrire impérativement ce sujet dans les programmes des examens, voire de l'internat ;
- de mettre à la disposition des médecins et des sages-femmes des fiches techniques simples rappelant les questions à poser pour dépister les violences, la nécessité de tout consigner dans un dossier, l'importance et la manière de rédiger le certificat d'incapacité temporaire de travail (ITT), d'évaluer la gravité de la situation et d'orienter la patiente ;
- de demander au Conseil national de l'Ordre des médecins d'alerter les conseils départementaux sur l'importance des violences conjugales et les difficultés rencontrées par les médecins confrontés à des violences extrêmes, et faire en sorte qu'ils harmonisent leurs réponses ;
- d'organiser des formations multidisciplinaires pour tous les professionnels de santé.

En conséquence, en 2013, le programme des ECN (épreuves classantes nationales) a été élargi. En effet, l'item 183 « Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles » a été remplacé par l'item 10, intitulé « Violences sexuelles ». Il comprend désormais les objectifs suivants(24) :

- connaître les différents types de violences, l'épidémiologie et la législation ;
- décrire la prise en charge immédiate des victimes de violence sexuelles.

Cependant, sa mise en place effective date de 2016. La formation des étudiants en médecine devrait donc aborder depuis six ans les différents types de violences, à partir du 2^e cycle. Malgré tout, on constate que cet item ne cite pas à proprement parler les violences conjugales (et à aucun moment leur prise en charge), leur abord est, par conséquent, à l'appréciation de chaque faculté. Les items de gynécologie, comme ceux sur l'IVG, les douleurs pelviennes ou les dyspareunies, n'abordent pas plus cette problématique, alors même que les violences conjugales peuvent en être la cause. Et, concernant le suivi de grossesse, il n'est fait aucune mention du dépistage des violences, bien que la HAS recommande

de le faire systématiquement au moins une fois, de préférence durant l'examen du 4^e mois. De même, dans le collège des enseignants de pédiatrie, l'item 55 « Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile » n'évoque pas la possible association avec des violences conjugales(25). Ainsi la violence conjugale n'est pas abordée au cours d'items transversaux et son traitement au cours de l'item 10 reste incertain et dépend des facultés. Il est donc peu probable que ces futurs internes soient tous bien formés sur cette problématique.

Par ailleurs, la formation des internes sur le thème des violences, quelles qu'elles soient, ne fait l'objet d'aucune recommandation. Leur abord reste donc dépendant des facultés et des places disponibles à ces modules lorsqu'ils sont proposés. Par exemple, la faculté de médecine d'Angers dispose d'un module facultatif intitulé « Accueil des couples, conjugopathies et violences conjugales », à disposition des internes de deuxième et troisième années de D.E.S. (diplôme d'études supérieures)(25). C'est à notre connaissance, une des seules facultés de France disposant d'un enseignement sur cette problématique. Les facultés de médecine de Caen et Nancy n'en proposent pas. Que ce soit durant leur externat ou durant leur internat, la formation des médecins aux violences conjugales restent variables et incertaines, et donc insuffisantes.

Quant aux médecins généralistes actuellement en exercice, ils n'ont reçu aucune formation universitaire sur le thème des violences conjugales. C'est donc sur les formations post-universitaire qu'il faut compter et qu'il faudra sans doute compter pour quelques temps encore pour former les médecins généralistes. En effet, depuis l'instauration du Développement Professionnel Continu (DPC) en 2009, et surtout son aménagement par la loi de modernisation du système de santé en 2016, les médecins généralistes ont une obligation d'actualisation et de mise à jour de leurs connaissances et de leurs compétences(26). On aurait pu penser que ce thème ferait directement partie des priorités de formations des médecins, comme l'indiquait le rapport Henrion. Mais ce n'est que depuis 2019 que les violences conjugales sont définies comme une des priorités du DPC par l'Agence nationale du développement professionnel continu, structure étatique, et par les Conseils nationaux professionnels. Ainsi apparaît l'orientation 42 « Repérage de la maltraitance et de la violence et conduite à tenir », soit en pleine crise sanitaire COVID. L'agence nationale du DPC ne fait pas que définir des priorités. C'est également elle qui gère l'indemnisation des médecins et des organismes de formation pour la réalisation de formations qu'elle a préalablement validées. Chaque médecin dispose d'un crédit de 21 h par an, pouvant faire l'objet d'une indemnisation, pour ces formations(27). Certaines formations sur les violences conjugales existaient déjà avant la mise en place de ces réformes et étaient dispensées par des organismes de formations variés. La formation médicale continue (FMC) permet d'offrir un plus large panel de formations prévues à l'intention des médecins. Par ailleurs, étant obligatoire, ces formations concernent un plus large public médical.

4.1.1. Formation en ligne

- La MIPROF (mission interministérielle pour la protection des femmes victimes) propose des formations gratuites en ligne accessibles à tous, à tout moment, depuis 2013, sur le site Arrêtons les violences(15).
- La MIPROF propose également, de manière annuelle, à l'occasion de la publication de la lettre de l'observatoire national des violences en novembre, une formation en audio-conférence, accessible à tout professionnel, même non médical.
- On note également la création par le docteur Malhanche(28), dans le cadre de sa thèse en 2016, du site Declic Violence(16), abordé plus haut.
- Les fiches de la HAS(9,10) sont des synthèses de l'essentiel à connaître des recommandations de repérage et de prise en charge.

Ces formations en ligne ont l'avantage d'être gratuites, et, pour la plupart, accessibles à tout moment, sans inscription. Elles sont à destination des médecins généralistes, et des étudiants en

4. ETAT DES LIEUX DES FORMATIONS MEDICALES

médecine. Elles sont toutes conformes aux recommandations de la HAS. Par ailleurs, elles sont à la fois des outils de formation, mais contiennent aussi les documents et informations pratiques et utiles en consultation : évaluation de l'urgence, de l'emprise, certificats, réseau... Malheureusement, elles souffrent d'un manque de communication. Quoique bien référencées sur internet, encore faut-il aller les chercher et décider de les faire. Car, elles ne viennent pas participer officiellement à la formation médicale continue ; elles ne sont pas décomptées du crédit de chaque médecin, ni rémunérées(29).

4.1.2. Formation présentielle

Il en existe de différentes sortes. Les formations organisées par des associations, locales ou nationales, qui sont à destination de tous les professionnels, voire tout public, et non des seuls médecins. En Normandie, il y a celles proposées, de manière irrégulière, par les CHRS (centres d'hébergement et de réadaptation sociale) et les CIDFF (centres d'information sur les droits des femmes et des familles). Non validées par l'organisation nationale du DPC, il n'y aura pas d'indemnisation des médecins participants et le temps passé ne sera pas décompté de leur crédit. Enfin, elles doivent compter sur leur propre communication.

Celles organisées par les groupes qualités(29). Ceux-ci dépendent, en Normandie de l'URML (union régionale des médecins libéraux), qui les définit ainsi : « *Un groupe qualité est un groupe d'échange de pratique novateur qui se base sur un engagement collectif permettant aux médecins généralistes d'une même zone géographique de se rencontrer régulièrement pour échanger et développer une démarche réflexive sur leur pratique* ». Chaque groupe, de huit à douze médecins, se réunit dix fois par an pour échanger, soit sur des thèmes prédéfinis par l'URML et l'Agence régionale de santé (ARS), soit sur des thèmes librement choisis. Le but de ces échanges est de confronter les démarches cliniques et thérapeutiques aux recommandations professionnelles actualisées et validées. Les thèmes abordés doivent concerner la pratique quotidienne des médecins, être propre à générer une amélioration des pratiques, être évaluable, correspondre à des données actualisées de la science, et améliorer la coordination des soins. Parmi les thèmes abordés en 2020, on retrouve celui des violences intrafamiliales. Il a donné lieu à un dossier documentaire et à un colloque en décembre 2021. Par définition, ces formations sont restreintes aux participants des groupes qualités.

Parmi les formations existantes, il y a également les colloques, comme celui sur les violences intrafamiliales, réalisé à Deauville en décembre 2021, à l'initiative de l'URML en partenariat avec l'organisme DPC. Ce dernier gérait les inscriptions des médecins et des autres professionnels de santé souhaitant participer. Sur une journée complète, elle abordait la violence conjugale, les violences sur les enfants et sur les personnes âgées. C'est, à notre connaissance, la seule formation abordant les violences conjugales proposée en Normandie avec le DPC.

4.2. Impact des formations

Il y a donc encore une disparité de l'offre d'enseignements, qu'il s'agisse de la formation médicale initiale, ou de la formation médicale continue, même si cette offre devrait croître pour répondre aux obligations d'enseignements. Pour que l'offre déployée soit la plus pertinente possible, l'un des buts de l'organisation nationale du DPC est d'évaluer l'impact des formations qu'elle propose. Il s'agit de sélectionner les formations permettant aux médecins d'être en capacité de remplir leur rôle, tel que défini par le rapport Henrion, et de les promouvoir. Dans sa thèse, Dr Linasier(18) a ainsi observé, sans pouvoir en tirer de conclusion, que dans sa population d'étude, les soignants formés avaient l'air de se sentir plus à l'aise, et de dépister plus fréquemment et plus systématiquement. Il pourrait donc bien y avoir un impact comportemental des formations en plus d'un sentiment d'efficacité. Au niveau des internes de médecine générale, Dr Bigot va plus loin dans ses conclusions. Dans sa thèse(30), elle souligne « *l'impact positif [...] sur le sentiment d'efficacité personnelle et les représentations des internes de médecine générale* » pour ceux ayant reçu une formation sous forme de dépliant. Cependant, aucune de

ces études n'évaluent les effets de la formation médicale continue des médecins généralistes aux violences conjugales. Il faut se tourner vers l'étranger pour trouver quelques études quantitatives(31,32) évaluant l'impact d'une formation sur les violences conjugales. Cependant, elles ne sont pas menées sur la formation médicale française. D'autre part, l'impact des formations y est souvent évalué à partir du modèle de Kirkpatrick.

Ce modèle, présenté par la figure 1, permet d'évaluer l'apprentissage sous différents axes et à différents temps de la formation : appréciations de la formation, apport de connaissance, changement comportemental et mesure de l'impact sur la performance. Le but est d'en tirer des données chiffrées propres à prouver, ou non, l'impact d'une formation. Pour une formation sur les violences conjugales, par exemple, le but pourrait être de savoir si *a posteriori* les médecins dépistent plus. Malgré la richesse de ces axes, le format quantitatif associé au modèle de Kirkpatrick ne permet pas d'évaluer l'évolution des freins des médecins qui pourrait pourtant être un effet de la formation, ni leur association. Le modèle de Kirkpatrick se cantonne à l'impact et ne laisse pas la possibilité d'explorer d'autres effets. De plus, le but d'évaluer une formation étant aussi de l'améliorer, il peut être utile de connaître les besoins et *desiderata* des médecins, ce qui est plus explorable en qualitatif. Cette démarche permettrait de proposer une formation non seulement efficace mais également adaptée aux médecins. Aussi, au vu du peu d'études françaises sur l'effet des formations aux violences conjugales, thème où la formation médicale continue aura une place prépondérante pour permettre aux médecins d'investir le rôle qui leur est échu depuis le rapport Henrion, évaluer l'effet des formations aux violences conjugales suivies par les médecins généralistes, dans le cadre de leur FMC est donc apparue pertinente. S'est posée la question : quel est l'effet de la formation médicale continue sur le thème des violences conjugales auprès des médecins généralistes en Normandie ?

Cette dernière recoupe plusieurs interrogations au sujet de :

- l'impact ressenti par les médecins ;
- l'évolution qu'ils pouvaient percevoir de leurs freins ;
- leur perception à posteriori de leur rôle.

Ainsi, l'objectif de cette étude a été, au travers du vécu des médecins, de retrouver les effets des formations sur les violences conjugales, et d'en dégager éventuellement un profil de formation qui leur semble le plus intéressant.

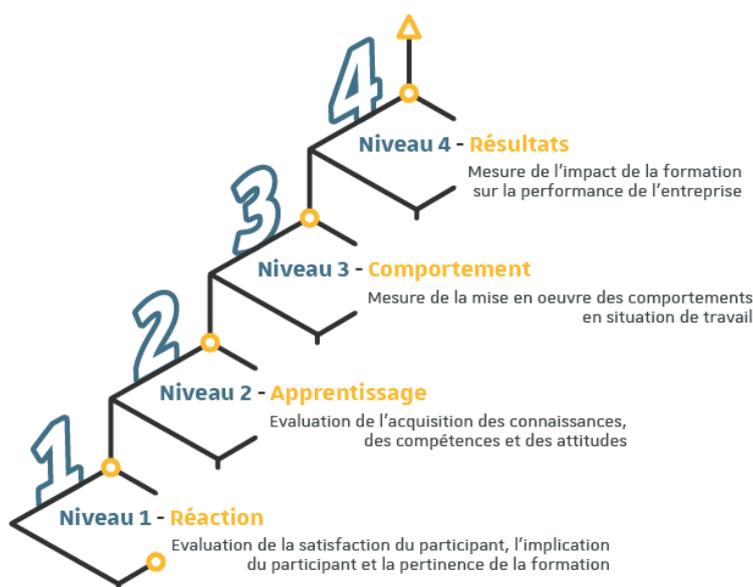


Figure 1 : Le modèle de Kirkpatrick, présenté par l'université de Strasbourg(33)

Matériel et méthode

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Basse-Normandie avec une analyse inspirée de la théorie ancrée. Cette méthode nous paraissait intéressante pour aborder l'expérience et le ressenti des médecins concernant les formations post-universitaires suivies sur les violences conjugales. Elle permet aux médecins de s'exprimer davantage, et est très peu présente dans la littérature.

2. Objectif

L'objectif de l'étude était d'observer l'effet des différentes formations post-universitaires suivies par les médecins généralistes sur le thème des violences conjugales. Il s'agissait de voir le bénéfice qu'en tiraient les médecins, et s'ils voyaient certains freins à ces prises en charge régresser.

3. Population d'étude et recrutement

Cette étude concerne les médecins généralistes de la région bas-normande ayant suivi au moins une formation post-universitaire sur le thème des violences conjugales au cours de leur carrière. Les formations pouvaient être de différents formats : présentiel ou distanciel et inclure des lectures d'articles, de thèses ou les recommandations HAS.

Le recrutement s'est fait en démarchant les organismes de formations monDPC, l'URLM, les groupes qualités, les PMI (protection maternelle et infantile), les associations locales (notamment les CHRS) pour obtenir les coordonnées de médecins ayant participé à des formations sur les violences conjugales. Un démarchage via les réseaux de remplacements médicaux a également été effectué. Du fait de l'anonymisation des participants, l'URLM et monDPC n'ont pu fournir le nom de participants au colloque VIF de décembre 2022, mais nous nous sommes servis des contacts noués lors de cette formation, à laquelle nous avons participé, pour retrouver certains médecins. Les PMI n'ont pas donné suite aux appels, ni aux mails. Les associations ont permis d'identifier quelques médecins avec lesquels elles travaillaient. Nous avons pu contacter certains par téléphone et convenir d'un rendez-vous, parfois les sollicitations sont restées sans réponse. D'autres fois les médecins, quoique intéressés par le thème, n'avaient pas suivi de formation. Il en va de même pour les groupes qualités. Enfin, le démarchage par réseau social a permis d'obtenir le contact de deux médecins.

4. Recueil de données

Les entretiens étaient semi-dirigés afin que les médecins puissent s'exprimer librement, tout en permettant de recentrer le sujet au besoin. Le guide d'entretien était composé de questions ouvertes, dont une première, large, demandant au médecin de raconter la dernière situation de violences conjugales à laquelle il avait été confronté, pour favoriser le récit. Le guide a été légèrement modifié au cours des entretiens, afin d'affiner les réponses obtenues. Il a parfois également dû être écourté, lorsque le temps des médecins était limité. La demande de partage d'un récit de situation de violences conjugales a alors pu être écartée.

Les entretiens se sont déroulés individuellement, majoritairement en présentiel, dans le lieu choisi par les médecins, parfois sur le temps imparti d'une consultation, parfois sans limite de temps, selon les possibilités de chacun. Deux entretiens se sont tenus en visioconférence, via Zoom. Ce choix comme celui du lieu avait été laissé à l'appréciation de chaque médecin pour faciliter les échanges. Les entretiens ont été enregistrés, soit directement sur l'ordinateur pour les visioconférences, soit sur dictaphone numérique pour les entretiens en présentiel. L'accord des participants, sous réserve d'un anonymat complet, était préalable. La durée des entretiens se situait entre 15 min et 1 h 20. Ils ont été intégralement transcrits sous forme écrite et anonymisés.

La période de réalisation des entretiens s'est étendue du 17 février au 17 mars 2022. Le recueil des données s'est arrêté après constatation d'une saturation des données.

5. Analyse des données

Après la retranscription du verbatim, une analyse thématique a été réalisée. Les discours de l'ensemble des entretiens ont été déconstruits, après repérage des idées significatives, puis ils ont été catégorisés afin d'en dégager les thèmes principaux. Ceci a permis de mettre en évidence les modalités et la fréquence d'apparition des thèmes. La triangulation des données a été réalisée avec la directrice de thèse.

6. Ethique

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat. L'objectif de la thèse et les modalités de l'entretien ont été précisés avant chaque entretien pour que chacun puisse consentir librement, en toute connaissance de cause. Pour anonymiser les données, les noms des médecins ont été remplacés par des numéros. Certaines données comme des lieux précis ou des noms de famille qui auraient pu permettre d'identifier le médecin ont également été supprimées.

Résultats

1. Population d'étude

Médecin	Âge (ans)	Sexe	Lieu	Intérêt du thème	Nombre de formations	Format formations	Fiche contact
1	41	H	Urbain + rural	Oui	2	Colloque + groupe qualité avec représentants locaux + experts	Oui
2	66	F	Rural	Oui	1	Colloque	Sujet non abordé
3	53	F	Semi-rural	Oui	1	Fiche ARS + groupe de paires (sujet plus gynécologique que violences)	Non
4	60	H	Urbain	Oui	> 2	Colloque + groupe qualité	Oui
5	40	H	Urbain	Oui	> 2	Groupe qualité avec représentants locaux et experts + formations avec associations	Oui
6	38	H	Urbain	Non	2	Groupe qualité + colloque	Sujet non abordé
7	30	H	Rural	Non	1	Groupe qualité (+ quelques lectures personnelles)	Non
8	38	H	Urbain	Oui	1	Colloque	Ne sait pas
9	43	H	Rural	Non	1	Groupe qualité avec représentants locaux + expert	Oui
10	36	F	Rural	Non	1	Groupe qualité avec représentants locaux + expert	Oui
11	59	H	Urbain	Non	1	Groupe qualité	Non
Total	46	27 % F	50 % rural	55 % oui	64 % une seule		5 oui sur 9 réponses

Tableau 2 : Caractéristiques de la population d'études

La moyenne d'âge des médecins interrogés est à 46 ans, avec une médiane à 41 ans. La population d'étude est donc plutôt jeune par rapport à l'âge moyen des médecins généralistes en France qui est de 56,2 ans avec une médiane à 57,3 ans(34). La part de femmes sur le département oscille entre 35 % et 40 %(34), contre 27 % dans notre étude. Il y a donc une surreprésentation des hommes ici. Il y a autant de médecins à exercer en milieu rural qu'en milieu urbain, avec un médecin ayant une activité partagée entre deux secteurs.

La majorité (64 % des médecins) a participé à une seule formation. 55 % d'entre eux éprouve un intérêt pour le thème, contre 45 % qui n'en éprouve pas. Il y a donc une faible majorité à s'être formée en ayant un intérêt spontané pour le thème des violences conjugales. Tous les médecins sauf deux ont participé au moins à une formation par le biais des groupes qualité. 91 % d'entre eux ont fait au moins une formation en présentielle. Seul le médecin de l'entretien 3 a fait uniquement du distanciel, suite à l'envoi par l'ARS de documents de prévention sur les violences conjugales. Au moins quatre médecins ont fait deux formations ou plus. Un des médecins ne savait plus s'il avait fait une deuxième formation, nous avons considéré qu'il n'y en avait qu'une seule.

Huit médecins ont bénéficié de la présence d'experts, et de représentants pluriprofessionnels, soit 73 %. Deux de ces médecins ont pu voir des représentants d'associations du milieu social et des intervenants de leur secteur lors du colloque, et quatre ont pu interagir lors d'un groupe qualité avec un expert et des représentants d'associations locales.

Lors de ces formations, cinq médecins ont bénéficié d'une fiche contact, soit 56 % de ceux avec qui la thématique a été abordée ; ils la possèdent toujours alors même que pour certains d'entre eux, la formation date de plus d'un an et demi.

On retient donc que la population d'étude est dans sa majorité un peu plus jeune et masculine que la population de médecins généralistes en France. Et, ici, les médecins sont en grande majorité passés par les groupes qualité pour suivre au moins une formation.

2. Evolution des freins au dépistage et à la prise en charge

2.1. Freins au dépistage

Ils sont résumés sous forme de schéma dans la figure 2 qui permet de montrer la relation des freins entre eux, et sont détaillés séparément par la suite.

2.1.1. Les freins liés aux victimes

Ils sont identifiés comme des freins communs au dépistage et à la prise en charge : avec un terrain addictologique et psychiatrique, un état dissociatif, de la dissimulation, du déni, de l'emprise, des motifs cachés, un refus d'aide... Autant de caractéristiques de ce thème qui sont inéluctables, et sont indépendantes de la volonté du médecin. Elles viendront toujours ralentir la démarche médicale, même chez les médecins les plus formés. On retrouve ainsi chez le médecin 6 l'absence d'élément factuel à faire figurer dans un certificat ou signalement, rendant le signalement impossible, qui vient nourrir le sentiment d'impuissance à protéger.

Entretien 7, sur l'ambivalence : « à chaque fois sur des situations où il y a des violences conjugales qui sont bien identifiées, bien décrites par les patientes mais toujours avec cette ambivalence assez classique de la patiente qui veut pas déposer plainte, qui n'est pas prête pour X ou Y raison à quitter son domicile, à déposer plainte contre le conjoint et à prendre une décision relativement radicale pour arrêter ce cycle-là ».

Entretien 2, sur le refus d'aide : *« Mais il a pas voulu en dire plus. J'ai voulu l'orienter vers un psychologue pour qu'il en parle, parce qu'avec moi, il voulait pas en parler. Il voulait rien me dire. Et finalement, malheureusement, ça s'est arrêté là. Parce que, effectivement, je voyais bien, finalement, il fallait qu'il parle avec un psychologue. Mais il voulait pas le faire ».*

Entretien 6, sur la dissimulation : *« quand je lui avais reposé la question, elle m'avait dit qu'il s'était calmé. Donc, est-ce qu'elle dit ça euh pour pas que je bouge, ou est-ce qu'il est vraiment calmé, j'en sais rien ».*

Entretien 5, sur la dissociation : *« Et, et dans les violences conjugales, il y a un côté très psycholeptique pour la personne qui fait que, elle est dans un tel piège, dans un tel cercle, cercle vicieux, que de ramener du vertueux est chose compliquée ».*

Malheureusement, ces caractéristiques au lieu d'être vues comme des marqueurs de violence viennent nourrir de nombreux préjugés. Ainsi, celles-ci ne permettant pas l'identification de preuves cliniques, la crédibilité de la victime est souvent remise en cause, ce qui entretient un déni médical.

Entretien 2 : *« C'est pas aisé. [...] et puis que lui, ben, il avait pris de l'alcool et qu'il a voulu foncer sur la voiture pour... tu vois ce que je veux dire. Tu n'en sais rien, tu ne sais pas. Surtout quand tu les vois que pour une fois ».*

Et derrière le manque de crédibilité, il y a un jugement. Jugement plus ou moins explicite, mais qui vient altérer la relation de confiance, sur laquelle se base toute prise en charge.

Entretien 8 : *« Euh... Disons que j'ai pas besoin de me faire une opinion pour soigner, euh mais je reste quand même euh interrogatif ».*

Entretien 5 : *« les propos sont parfois foisonnants de la part des uns ou des autres, qu'on ne sait même plus où est la vérité, où on place le curseur même si théoriquement, tout à chacun, le prorata c'est qu'on doit croire la personne violentée, mais franchement il y a des fois où, où on ne sait plus trop où placer le curseur. Et, euh... c'est compliqué. C'est compliqué quand on reçoit les deux ».*

Plus rarement ici, outre le manque de crédibilité, ces préjugés peuvent également venir responsabiliser la personne dénonçant des violences conjugales.

Entretien 3 : *« Donc même si je ne démens pas qu'il la tape... Ça peut arriver, ça peut arriver vraiment de tomber sur quelqu'un, des hommes comme des femmes, qui sont vraiment pathologiques quoi. Y'a vraiment, y'a vraiment des fois où je dirais, il leur arrive n'importe qui, ce serait pareil... ».*

Même si ces deux résultantes sont rares, on voit qu'elles participent au malaise et au déni du médecin, et gênent la relation de confiance, la communication. De là, dépister et prendre en charge s'avère plus épineux.

2.1.2. Suivre la famille, le conjoint

Cela donne accès au médecin à plusieurs versions. Ne pas juger et donner les meilleurs soins à chacun devient alors difficile ; ce qui participe à discréditer la personne dénonçant les violences, et vient, par conséquent, alimenter le déni et le malaise médical. Parfois, au contraire, cela contribue à venir étayer les propos de la personne dénonçant les violences. Mais dans les deux cas, garder une certaine neutralité, être dans l'absence de jugement est compromis, comme le disait, par exemple, le médecin de l'entretien 5 au-dessus.

Entretien 8 : *« Euh donc, c'est euh... C'est une famille que je suis. Donc ça c'est une difficulté aussi, quand... on suit le conjoint euh... euh... donc maltraitant, ou en tout cas supposé être maltraitant ».*

Chez d'autres médecins, cela peut-être vu comme une aide à mieux comprendre la situation, et la

2. EVOLUTION DES FREINS AU DEPISTAGE ET A LA PRISE EN CHARGE

gérer :

Entretien 6 : « *J'ai revu une femme avec son mari, qui avait été victime de violences conjugales, mais parce que lui il a une maladie psychiatrique [...] on est tous au courant, et on est tous raccord que le prochain coup où il déconne, il y aura pas de blague ! [rire]. On laissera pas passer, même s'il a une maladie psychiatrique. Quitte à le faire hospitaliser* ».

2.1.3. Tabou

C'est un frein socle, parfois très important chez certains médecins, qui contribue comme le déni médical, au malaise et à la difficulté de communication. De là découle une difficulté, voire une impossibilité à dépister.

Entretien 10 : « *En fait, euh, c'est tellement pas dans les moeurs, que, de poser ce genre de question, le frein il est là.* ». Et plus loin, « *Moi, je pense que le frein d'un médecin généraliste par rapport à cette question là c'est le frein de la population générale, c'est quelque chose qui a été caché, qui a été admis en fait, pendant des années et des années, qui a été caché, qui a été... pff, c'est comme ça !* »

C'est un frein dénoncé comme un état de fait, presque indépendant de la volonté ou de la formation pour certains : les mentalités. Un état de fait contre lequel le médecin ne peut pas lutter, puisque la mentalité générale serait d'être dans le déni en partie parce que le sujet est tabou. D'autres, au contraire, voient les mentalités considérablement évoluer depuis le début de #MeeToo et #NousToutes, et le tabou se lever.

Entretien 4 : « *Maintenant les gens parlent, et on en a beaucoup plus. Même certaines personnes, y'a même pas besoin de poser la question. C'est le motif de consultation. C'est ça le changement de paradigme [...] la parole est libérée* ».

2.1.4. Déni médical

On a vu que les freins précédents (freins liés aux victimes, tabou...) participent au déni médical. Mais le déni aussi existe indépendamment. Il s'agit d'un constat de notre part, et non de l'expression spontanée des médecins. Nous l'avons vu dans les propos précédents de l'entretien 10, mais il existe chez d'autres médecins.

Entretien 9 : « *Mais pour tous les cas du quotidien qui sont dramatiques sur le long terme mais nous paraissent pas si grave que ça au premier abord, bah on les oublie puisqu'ils sont pas si graves que ça au premier abord et qu'on sait pas trop comment faire !* »

2.1.5. Le malaise

Le malaise est souvent une résultante du tabou et du déni médical, qui sont des freins socles. Précédemment, au cours des citations des entretiens 9 et 10, les médecins ne sont pas complètement à l'aise. Mais la difficulté à communiquer peut aussi être source de malaise. Il arrive que le malaise soit si important qu'il est difficile de communiquer ; parfois, le médecin se trouve mauvais communicant ce qui le met mal à l'aise et en difficulté pour dépister.

Entretien 5 : « *Euh... voilà, c'est au même titre que quand on a un entretien d'ordre psy avec un ado etc, ça peut être un peu décontenançant parce que c'est pas la même chose qu'un adulte ou même qu'un enfant, si... C'est pas forcément quelque chose qu'on apprend à faire, encore une fois, c'est ce genre de choses, qu'on apprend, un peu sur le tard* ».

Entretien 3 : « *Mais c'est quand même compliqué d'aller au divan* ».

Le malaise peut aussi résulter d'un manque de connaissance sur le sujet, voire de l'ensemble des freins socles précités (tabou, déni, préjugés, suivi de la famille...).

2.1.6. Difficulté à communiquer

Même si elle peut venir du déni, du tabou et du malaise, il s'agit d'un frein indépendant des trois autres. C'est un frein socle, présent chez de nombreux médecins, comme vu précédemment. Certains dénoncent même l'absence de formation sur cet aspect pourtant central de leur pratique. La formation à la communication est vue comme un élément important chez de nombreux médecins.

Entretien 9 : *« Ouais. Disons qu'on est un peu dans le repérage mais dans le dépistage systématique [...] Niet ! Ouais ! Presque plus à cause de la communication ».*

Entretien 1 : *« Si j'ai eu des formations par le groupe qualité en tant qu'animateur, on devait apprendre à parler aux gens. Alors j'étais un grand timide, je ne parlais à personne, et maintenant, je m'aperçois que mon métier c'est de parler... [rire] comme les avocats, et que ça s'entraîne, et que c'est pas du hasard en fait. Tout ce qu'on fait de manière intuitive, et des fois, on voit, ça marche, ça marche pas et on ne sait pas pourquoi. Eh bien, y'a un... J'ai oublié son nom, un psychologue qui fait toute nos formation [...] en groupe qualité, et qui apprend à parler aux gens et au public, et à faire que ça se passe bien en fonction de tous les profils psychologiques donc là, adapté aux violences familiales mais ça peut être aux addictions ».*

2.1.7. Manque de connaissance / absence de formation

Le manque de connaissance n'est pas ici un élément identifié de manière récurrente, alors même que subsistent parfois des confusions entre violences conjugales et conflits, des difficultés à identifier le viol conjugal, à comprendre la situation...

Entretien 2 : *« Quand il y a un problème sans violence, mais des propos, quoi que c'est de la violence ».*

Entretien 8, après avoir évoqué une situation où la patiente dénonce des violences conjugales : *« C'est en fait lié à une conjugopathie qui dure depuis euh... je pense une petite dizaine d'années et qui euh fini par euh aboutir par une séparation. [...] Et ça a résolu, en tout cas elle est en sécurité maintenant ».*

En revanche, le défaut de formation initiale est pointé du doigt. L'absence de formation universitaire est relativement unanime, autant pour justifier le manque de connaissances et de compétences actuel, que pour marquer ce changement de priorité vécu comme déstabilisant. Pour nombre d'entre eux, c'est un nouveau rôle, auquel on ne les a pas préparés, ni même sensibilisés et dont ils comprennent l'utilité, sans forcément en ressentir la priorité. Pour eux, former les internes est indispensable pour que cela soit ancré dans leur pratique médicale, que cela devienne une habitude, et que les futurs médecins n'aient pas à rattraper ce retard. C'est peut-être dès ce moment que s'opère le changement de mentalité.

Entretien 7 : *« Bah, je pense que peut-être déjà avoir un surplus de formation en formation initiale ça pourrait quand même, je pense nous aider à être un petit peu plus à l'aise par rapport à ça ».*

Entretien 11 : *« J'ai fait médecine en 80, j'ai commencé ma première année en 81 [...] la violence conjugale n'était pas dans la thématique de mon cours. C'est la vérité ! [...] Aucune formation. [...] A mon époque ça n'existait pas ! »*

Le manque de connaissances est davantage pointé du doigt sur le réseau local existant. Il est sous-entendu comme un frein au dépistage, même s'il est surtout un frein à la prise en charge, comme

2. EVOLUTION DES FREINS AU DEPISTAGE ET A LA PRISE EN CHARGE

nous le verrons par la suite.

Entretien 7 : *« dans les endroits où j'étais avant, je trouvais qu'on avait plus spécifiquement des ressources, là, clairement, dans le coin, je suis mal renseigné je pense sur les structures de proximités qui sont dispos ».*

Entretien 11, en évoquant les insuffisances de la formation suivie : *« ce que j'attendais c'était en fait des adresses, des numéros de téléphone [...] et des facilités d'accès qui ne sont pas parvenus ! (rires) »*

2.1.8. Désintérêt

Motif assez fréquemment invoqué au sein du groupe, il est parfois simplement sous-entendu. Il est surtout exprimé comme un frein à la formation, mais il apparaît aussi comme un frein au dépistage.

Entretien 7 : *« peut être aussi, des fois, un manque d'intérêt parce que c'est pas que ça ne m'intéresse pas mais c'est pas un sujet qui me passionne non plus, faut être honnête, donc euh c'est vrai, entre ça et d'autres formations où je vais peut être avoir plus d'intérêt je pourrais peut être la passer en deuxième ou troisième intention, pour être complètement sincère ».*

Ce désintérêt a pu être évoqué comme un sentiment fréquent des médecins en général :

Entretien 3 : *« Parce que c'est possible que, je ne sais pas moi, est-ce que mes collègues vont privilégier une formation sur les violences conjugales euh... à une formation sur euh... la traumatologie du petit enfant euh... Vous voyez ce que je veux dire ? Il faut arriver en plus à le vendre ».*

Ainsi, le thème des violences conjugales ne soulèverait pas des passions dans le corps médical en général, ce qui expliquerait le faible taux de dépistage, ou de médecins suivant des formations. Cependant, cette notion d'intérêt ou de désintérêt est éludée par d'autres médecins qui mettent en avant le besoin du patient. C'est ce besoin qui doit guider la pratique du médecin et sa formation.

Entretien 6 : *« Donc quand je ressens que je suis, que je suis en décalage ou qu'il y a un manque dans ma pratique euh... c'est pour ça que je vais aller me former ! [...] Après euh... j'exerce dans une zone très particulière par rapport à ça. [...] Effectivement les violences intrafamiliales, j'en croise tous les jours. Je suis au milieu de ça. Et ils ont vraiment besoin que je sache le gérer, que je sache les orienter ».*

2.1.9. Problème plus social et judiciaire

Ce sentiment d'une situation moins médicale que sociale ou judiciaire est surtout présent chez des médecins ayant encore de forts freins sociaux, un déni important, et peu d'intérêt pour le thème. Derrière ce sentiment que le problème est peu médical, il y a une difficulté à percevoir son rôle, une tendance à le considérer comme annexe. Cette perception réduite du rôle médical va de paire avec un sentiment d'impuissance.

Entretien 9 : *« le problème médical pur, le risque de grossesse, le risque de fracture, le risque d'alcoolisme, tout ça on y pense assez facilement, ça c'est des... on va dire... plus notre domaine de compétence médicale ».*

Entretien 10 : *« on se sent un peu inutile quoi, tout simplement. Mais autant la plainte mais là, à partir du moment où elles ne veulent pas porter plainte et qu'elles ne veulent pas partir... Je ne sais pas trop ce qu'on peut faire ».*

Néanmoins, ce frein fait écho au sentiment de nombreux médecins de gérer des choses en dehors de leur domaine de compétences (papiers, problèmes sociaux), même parmi les médecins les plus formés.

Entretien 6 : « *tout ce qui est prise en charge médico-sociale euh... il faut bien que je sache le faire. Je ne sais plus de quoi on parlait... les patients me disaient : “vous pourriez faire ça comme métier”, hier. C’était quoi ? parce que j’ai répondu : “je pourrais même être assistante sociale d’ailleurs”* ».

2.1.10. Routine

C’est un frein au dépistage secondaire, entre autres, à l’absence de formation universitaire. Leur cursus n’incluant pas le thème des violences, le dépistage de ces derniers ne fait pas partie de leur entretien de routine. Les préjugés, les mentalités, le déni du médecin viennent aussi nuire à la mise en place d’une nouvelle routine.

Entretien 10 : « *mais c’est vrai que, c’est... ça paraît tellement, une question tellement incongrue, tellement... “Bon, vous avez des soucis de santé? Vous avez de la tension ?”, ok ; “est-ce qu’on vous a déjà frappé ?” euh... enfin, voilà, comme la problématique, c’est même plus facile d’aborder le problème d’alcool que d’aborder le problème des violences conjugales ou de violences à un moment ou un autre dans sa vie* ».

Cette notion de routine, cette difficulté à prendre de nouvelles habitudes ou même à vouloir en changer, est plus souvent sous-entendue qu’évoquée comme telle. En effet, elle cède souvent la place à la notion de priorité, qui est un choix apparemment conscient du rôle médical.

Entretien 9, à propos du dépistage : « *Disons qu’on est un peu dans le repérage mais dans le dépistage systématique [...] Niet ! ouais ! Presque plus à cause de la communication que euh* ».

Plus loin : « *Donc il y a des moments où on en fait notre priorité, oui, on va y penser un peu plus. Mais il y a surtout des moments, des occasions où la perche nous est lancée et là on... il faut juste l’avoir toujours dans un coin de la tête pour ne pas l’oublier au bon moment* ».

Mais une fois convaincu, une fois qu’apparaît la volonté de réaliser un dépistage systématique, on se rend compte de la nécessité d’être armé en communication.

Entretien 2 : « *avoir, comment dire, euh... le cheminement si tu veux, pour pouvoir faire parler la personne, ou pour pouvoir arriver au but si tu veux* ».

Et même une fois tout cela en place, changer une habitude prise depuis des années, voire quelques décennies, n’est pas une sinécure. Le médecin 6 illustre la difficulté même à rattraper petit à petit ce dépistage non fait depuis son installation, et l’inclure petit à petit de manière systématique.

Entretien 6 : « *Et le problème c’est que ça, ça prend du temps, et du coup, comme c’est pas une construction de patientèle, bah j’ai pas été amené à poser la question à tous mes patients “Est-ce que vous avez déjà été exposé à des violences conjugales, psychologiques, euh... ou du harcèlement ou ce genre de chose ?” Et, j’essaye, petit à petit, de temps en temps, sur un patient, sur une patiente, de reposer la question* ».

Plus loin : « *Je finis par réussir à l’amener en disant “bah tiens puisqu’on parle de vos antécédents justement, je vous ai jamais posé la question de... ou si je vous l’ai posée, je l’ai jamais notée”* ».

2.1.11. Surcharge de travail, désintérêt et priorité

La surcharge de travail est souvent évoquée comme un frein au dépistage. Il s’agit autant d’une surcharge préexistante qu’induite par le dépistage.

Entretien 3, en parlant de la fiche de la HAS : « *Par contre, il est gentil mais il est écrit que tous les généralistes demandent à tous, toutes leurs patientes et même leurs patients, s’ils ne sont pas victime de, de violence. Ouais... quand on voit ce qu’on a déjà à faire avec nos patients, si on veut bien*

2. EVOLUTION DES FREINS AU DEPISTAGE ET A LA PRISE EN CHARGE

travailler. [...] Donc s'il faut en plus rajouter "Madame, dites-moi, votre mari, il vous tape pas ?" [...] on y passe ¾ d'heure. C'est un gros gros problème ».

Mais derrière, il s'agit parfois d'un problème de priorité, voire de désintérêt de ce thème qu'expriment certains médecins. Face à la multitude de choses à faire, ses convictions sur l'importance ou non d'un sujet, et ses autres freins, le médecin choisit ses priorités, comme nous l'avons vu précédemment dans l'entretien 9. Ce lien entre surcharge de travail, désintérêt et priorité est commun aux freins à la formation.

Entretien 7, au sujet des formations : « *Donc moi, les freins, ça serait ça, ça serait le manque de temps et puis peut être un intérêt qu'est là mais peut être pas forcément hyper développé chez moi ».*

2.1.12. Difficulté d'identification et repérage

Malgré les formations, ce frein persiste. Il est nourri par le manque de formation initiale, le manque de connaissances post-universitaire, le déni médical, le tabou : la somme de ce qui fait les fameuses mentalités. Ainsi, l'emprise, l'ambivalence, le côté polypathologique, l'état dissociatif, lorsqu'ils sont source de préjugés médicaux et de déni médical, contribuent à cette confusion des violences conjugales et de la conjugopathie, comme nous l'avons vu dans le paragraphe 2.1.7 sur le manque de connaissances. Cette confusion induit des difficultés d'identification, de repérage, et le discrédit de la victime en plus, quand ce n'est pas sa responsabilisation.

Entretien 8 : « *une femme qui vient me voir, vraiment avec une, une vraie euh... une vraie terreur et, euh... et des accusations de violences qui restent assez euh... assez imprécises et euh... mais aussi euh... de violences sur son enfant de trois ans. Euh... donc j'examine l'enfant, j'trouve pas grand-chose. [...] Le concubin a été entendu par la justice, euh... été libéré euh... dans la foulée, ce qui m'a euh... ce qui m'a un peu surpris. Tout ça, ça arrive dans un contexte de euh... pour la hum... pour la victime de mésusage d'alcool, de troubles anxieux qui, qui prend une forme de troubles cognitifs assez impressionnants qui, rapidement résolus par les, hum... par l'usage des benzodiazépines. [...] Donc c'est vraiment complexe. Euh... Disons que j'ai pas besoin de me faire une opinion pour soigner, euh... mais je reste quand même euh... interrogatif. Euh... c'est en fait lié à une conjugopathie qui dure depuis euh... je pense une petite dizaine d'années et qui euh... fini par euh... aboutir par une séparation ».*

Cette difficulté de repérage et d'identification contribue à un faible dépistage et un sentiment d'impuissance. Elle amène à mal orienter la victime ; la prise en charge de violence et d'un conflit n'étant évidemment pas la même.

Entretien 3 au sujet de la thérapie de couple : « *Mais vraiment j'insiste sur la prise en charge commune parce que moi, ça m'énerve un peu les femmes qui vont dire par exemple "Mon mari est violent, il faut qu'il aille voir quelqu'un." Un couple est un couple, c'est deux personnes ».*

Ce problème d'identification, qui associe savoir repérer et nommer les choses pour ce qu'elles sont, est souvent réduit par les médecins à un problème de repérage. Ils jugent ne pas bien connaître, ou pas savoir repérer les signes cliniques des violences.

Entretien 2, évoquant ses besoins de formation : « *Voilà ! J'aurais voulu un plan [...] quelles sont les sentinelles, qui sont, qu'est-ce qu'il peut te faire découvrir, comment la patiente va aborder le sujet, qu'est-ce qui peut, qui peut te faire penser à ça ».*

Pourtant face à des violences, il est ajouté plus loin :

« C'est pas aisé. Tu vois comme je t'ai dit l'autre, il m'a carrément dit "il voulait m'écraser." [...] Alors, qu'en fait, et bien, cet homme avait peut-être bu, mais peut-être qu'il avait fait une crasse et puis que lui, ben, il avait pris de l'alcool et qu'il a voulu foncer sur la voiture pour... tu vois ce que je veux dire. Tu n'en sais rien, tu ne sais pas. Surtout quand tu les vois que pour une fois ».

On retrouve d'ailleurs ce souci d'être objectif, presque neutre parfois, qui est un frein au repérage, et la même boucle de discrédit et de responsabilisation de la victime.

2.1.13. Peur de l'erreur

Souvent nourrie par le manque de connaissances et le vécu personnel d'erreur médicale, la peur de l'erreur est également sous-tendue par la peur d'être influencé en soignant le mari ou la famille (nous l'avons vu dans le paragraphe 2.1.2), ou par la demande d'avocat. On retrouve donc dans cette peur de l'erreur, la peur de manquer d'objectivité, de neutralité.

Entretien 11, au sujet d'une faute médicale dans un certificat coup et blessure : *« mais vous savez, quand on est jeune, on a des convictions. [...] J'ai pas été le seul à me retrouver sur le problème du secret médical, [...] c'est généralement la première faute qu'on fait quand on est jeune installé ! [...] J'ai pris position pour la personne qui était maltraitée ce qui m'a conduit aux tribunaux ».*

Ce qui amène plusieurs positionnements : *« C'est-à-dire vous êtes médecin et vous donnez un expertise [...] C'est tout ! »* et *« Ne faites pas de certificats médicaux à la demande d'un avocat ! [...] Parce que vous êtes un instrument ».*

Cette peur de l'erreur sous-tend principalement la peur de mal faire un certificat, et d'avoir des retombées judiciaires et ordinales.

Entretien 1 au sujet d'une demande d'intervention d'un tiers : *« On verra bien ! Mais en tous cas, ça s'appelle de la délation si je commence à faire des trucs sans... (rire) ».*

Entretien 6 au sujet de demande de patients : *« ah bah votre collègue des fois... » Bah mon collègue, il a peut-être merdé mais il devrait pas pouvoir l'écrire non plus. [...] Parce que si c'est pour que ça finisse en conciliation à l'ordre ou voir une plainte disciplinaire, non, j'ai pas envie de jouer à ça ».*

Mais, plus rarement, elle est aussi associée à la peur de mal-juger le patient, d'être trahi dans la relation de confiance, comme l'illustre les exemples des entretiens 2 et 3 précédemment cités. La personne est peut-être en train d'exagérer ou de mentir, donc de manipuler le médecin. On constate que cette peur de l'erreur est celle de dénoncer des faits qui ne devraient pas l'être, et non de passer à côté.

2.1.14. Impuissance

Ce frein persistant est principalement lié à la prise en charge, parce qu'au vu des freins déjà cités, elle semble impossible ou ne pas relever du milieu médical.

Entretien 10 : *« on se sent un peu inutile quoi, tout simplement. Mais autant la plainte mais là, à partir du moment où elles ne veulent pas porter plainte et qu'elles ne veulent pas partir... Je ne sais pas trop ce qu'on peut faire ».*

Soit on s'aperçoit que les prises en charges ont tellement de freins, que cela se répercute sur le dépistage, l'ouverture de la parole :

Entretien 1, suite à la mise en avant de défaillance du système : *« Bah c'est un frein. Un énorme frein pour euh... délayer les langues ».*

Mais il s'agit principalement d'une résultante des freins à la prise en charge des violences conjugales, plus qu'au dépistage en lui-même.

2.2. Freins à la prise en charge

Les freins socles au dépistage tendent à être communs à la prise en charge. Ces freins socles ont tendance à être moins présents et moins forts, car pour réaliser des prises en charge de violences, il faut

2. EVOLUTION DES FREINS AU DEPISTAGE ET A LA PRISE EN CHARGE

les dépister, et pour les dépister régulièrement, il faut avoir, au moins partiellement, levé ces freins. C'est pourquoi chez les médecins réalisant peu de prises en charge, il y a peu de nouveaux freins exclusifs à la prise en charge. Tandis que chez des médecins qui pratiquent le dépistage, on en identifie de nouveaux. Ils sont présentés dans la figure 3.

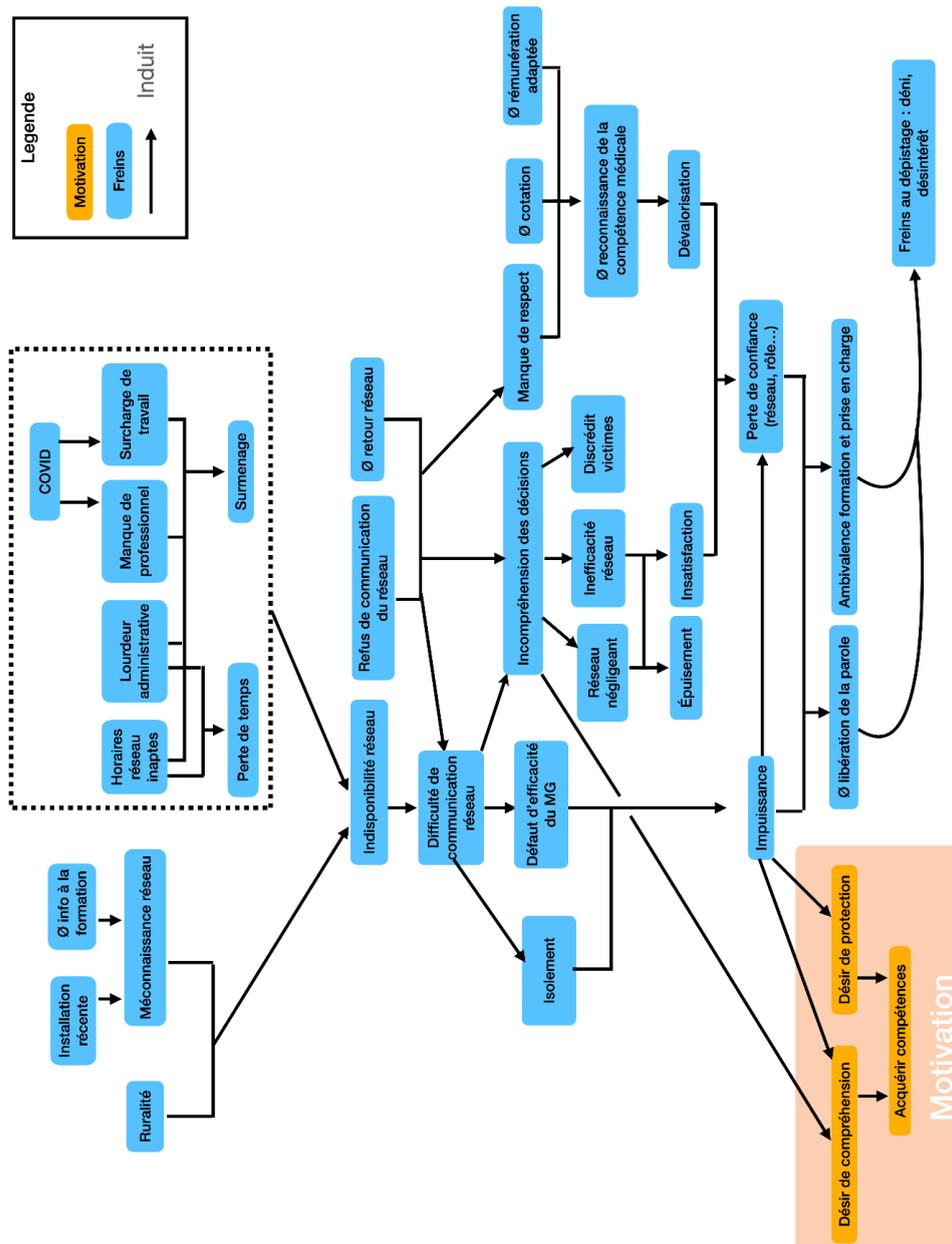


Figure 3 : Freins à la prise en charge

2.2.1. Difficulté d'accès au réseau

On retrouve assez constamment une difficulté d'accès au réseau. Elle entraîne des difficultés de communication et une insatisfaisante prise en charge. Elle est déterminée par des freins socles.

- La ruralité en est une cause identifiée avec un manque d'interlocuteurs et de structures proches.
Entretien 10 : « *et euh... sachant qu'on est pas sur [nom de la ville la plus proche, ndla] donc ce n'est pas forcément évident* ».
- Le manque de connaissance du réseau local est un problème qui peut persister malgré la formation. Il est assez clairement exprimé chez des médecins dont la formation n'incluait pas d'intervenants pluriprofessionnels locaux :
Entretien 7 : « *dans les endroits où j'étais avant, je trouvais qu'on avait plus spécifiquement des ressources. Là, clairement, dans le coin, je suis mal renseigné, je pense, sur les structures de proximité qui sont dispos* ».
- Le surmenage dû au :
 - manque de professionnels médicaux et paramédicaux (médecin 2) ;
 - la lourdeur administrative (médecins 1, 5, 2) ;
 - des structures inadaptées aux horaires des libéraux (médecin 1).

Le Covid a également aggravé la difficulté d'accès au réseau en entraînant la fermeture de certains centres, et une surcharge de travail. Il participe au surmenage.

Entretien 5 : « *On a beaucoup perdu aussi avec la Covid, parce qu'il y avait des groupes de parole qui ont complètement été esquinés* ».

Un manque de professionnels médicaux, paramédicaux et de réseau est dénoncé par les médecins. Il crée un manque de disponibilité des professionnels et du surmenage.

Entretien 2 : « *Voilà ! Il y a une insuffisance des infrastructures autour qui fait que c'est très difficile aussi pour le médecin généraliste, du fait du manque de médecins. A cause de nos technocrates à la gomme qui ont fait diminuer le numérus clausus déjà en 77, 77-78. Il baissait déjà. Et maintenant, on a plus de patients, on a plus de médecins. Alors effectivement, tout se répercute. Tout ça vient se mettre en cours, rend la tâche plus difficile* ».

Entretien 7 : « *il n'y a pas la ressource derrière je trouve pour les prendre en charge correctement* ». Et plus loin, « *Je pense que nous, ce dont on manque surtout, principalement, c'est de connaissances, ça c'est sûr. Mais c'est surtout d'avoir un réseau efficace qui permet de soutenir la personne sur le plan psychologique, de la mettre à l'abri de façon rapide quand c'est nécessaire, d'avoir un suivi effectivement des violences conjugales parce que nous, à notre échelle, on est, on se sent souvent, je trouve, un petit peu limité dans nos moyens d'action en fait.* »

L'inadaptation des horaires de certaines structures rend le réseau inaccessible à des moments où le médecin généraliste en a besoin. Le réseau est considéré comme peu adapté aux libéraux. Les médecins réclament plus de disponibilité, via le biais d'outils s'il le faut.

Entretien 1 : « *Mais ce sont des structures publiques avec des horaires de bureau. Donc quand on veut vraiment téléphoner à quelqu'un, bah on est cuit* ».

La lourdeur administrative, comme les horaires inadaptés d'ouverture du réseau, est vécue telle une perte de temps épuisante par les médecins. Elle contribue à faire ressentir une difficulté d'accès aux réseaux.

2. EVOLUTION DES FREINS AU DEPISTAGE ET A LA PRISE EN CHARGE

Entretien 5 : « *Donc il faut justifier et machin. Et du coup on se retrouve spolié de son temps de médecin pour faire des rapports, ou des couillonnades* ».

2.2.2. La difficulté de communication

Elle est une des résultantes de la difficulté d'accès aux infrastructures. Voici ce qu'il en est dit dans l'entretien 2 : « *Tu es obligé de prendre le téléphone toi-même. Ça prend du temps, des fois ils sont pas disponibles, et puis, en plus de ça, des fois, tu te fais mal recevoir. (Soupir) Un chien dans un jeu de quilles. Voilà* ». On voit donc à quel point la difficulté de communiquer et la difficulté d'accès aux infrastructures sont proches, mais différentes. Elle est parfois due à un refus de communiquer avec le médecin, ou une absence de réponse aux sollicitations médicales, comme il est expliqué dans l'entretien 6 :

« Bah là, je pense que les services sociaux, ils ont merdé. Je suis vraiment pas content, parce que je me retrouve à faire un signalement ; j'ai pas tous les éléments parce qu'ils ont pas voulu me les livrer ». Et, ailleurs dans l'entretien : « Ça a été lettre morte. Le PJ que j'ai eu ce jour-là au téléphone, il a dit "non le proc veut pas vous parler. Vous m'envoyez le truc. Il donnera suite ou pas." Je trouve ça limite parce que, je prends le temps d'appeler la police judiciaire, les services sociaux. Je demande au proc à en échanger en direct avec lui. Alors je peux comprendre qu'il soit surbooké, mais je l'appelle pas tous les matins non plus beaucoup, coco ! Et puis, il voit passer mon nom régulièrement quand même sur son bureau ».

Le médecin de l'entretien 1 exprime aussi ce manque d'échanges avec le secteur social : « *Mais le facteur social est quelque chose de très hermétique, très confidentiel, très sectorisé, un peu comme la psy d'ailleurs* ». Tout comme le médecin de l'entretien 5 qui montre à quel point cela gêne la coordination des soins lorsqu'il évoque une patiente dont il n'a aucun compte-rendu : « *Elle arrive et il faut mettre ça, ça, ça en place. Je ne suis pas censé être au courant. Ça se passe comment ?* ».

Il en résulte un sentiment de perte de temps, qui est surtout un défaut d'efficacité pour le médecin généraliste, un isolement et une incompréhension des décisions prises par le réseau. Et, ces résultantes peuvent entraîner une perte de confiance dans le réseau, de l'épuisement et un sentiment d'impuissance et de dévalorisation.

2.2.3. Isolement

La difficulté d'accès au réseau et de communication conduit le médecin généraliste à se sentir isolé. Et, lorsqu'elle se couple au sentiment d'inefficacité, elle conduit à l'impuissance. Pour reprendre les médecins de l'entretien 1 et 2 :

Entretien 1 : « *Donc quand on veut vraiment téléphoner à quelqu'un, bah on est cuit* ».

Entretien 2 : « *Je suis sur la région de [rurale avec désert médical, ndla], et sur la région [...] c'est pas évident* ».

2.2.4. Incompréhension des décisions du réseau

C'est un des éléments qui découle de la difficulté de communication, de l'absence de retour des prises en charge et parfois un refus du réseau de communiquer avec les médecins. Cette incompréhension amène les médecins à juger le réseau comme inefficace ou négligeant. Le médecin de l'entretien 8, comme nous l'avons illustré dans la partie difficulté d'identification, et celui de l'entretien 6 en font clairement part.

Entretien 6 : « *C'est, c'est ce dont on a besoin de temps en temps, dans des situations concrètes, pour comprendre pourquoi ça bloque. Pourquoi ça a pris plus de temps ? Pourquoi ceci et pourquoi cela ? Et*

pourquoi, dans des cas où il y a des violences conjugales avérées, avec des, avec des, des certificats médicaux répétés, où le mec a menacé de la buter euh... bah il prend six mois fermes et trois avec sursis. Euh ... sans mesure d'éloignement derrière. Je peux comprendre que la femme elle soit voilà... ».

Que ce soit l'impunité des auteurs de violences ou l'absence de protection des victimes, les décisions judiciaires et sociales sont non comprises, et restent sans explication. Cependant chez eux, même si cela peut venir nourrir les résultantes (dévalorisation, remise en question du réseau, insatisfaction), l'incompréhension vient en miroir susciter un désir de compréhension et d'amélioration de la communication.

2.2.5. Jugement médical : réseau inefficace et négligent, et discrédit de la victime

Ce jugement des médecins généralistes vient, principalement, de la difficulté de communication et l'incompréhension des décisions du réseau, comme vu plus haut. Ils dénoncent, de manière répétée, l'absence de jugement des auteurs de violences et de protection des victimes, qui les laisse perplexes. Et, surtout cela les amène à juger le réseau inefficace voire négligent, comme dans les extraits précédents de l'entretien 6.

Entretien 2 : « Notamment, quand tu as un manque, quand tu as un manque de médecins, voilà. Maintenant, quand tu envoies les gens en psychiatrie, ou CMP [centre médico-psychologique, ndla] [...] C'est un service uniquement à l'intérieur des urgences. Et bien souvent, ils te renvoient la patiente. Et malheureusement, j'ai eu un patient comme ça, et il s'est suicidé. Ils ont pas trouvé que c'était nécessaire de le faire hospitaliser. Alors c'est vrai qu'ils n'ont peut-être pas de place, mais malheureusement il s'est suicidé. »

Ce jugement participe à l'insatisfaction et l'épuisement ressentis par les médecins au cours des prises en charge, qui mènent à la perte de confiance dans le réseau et le rôle médical. C'est ce qu'exprime le médecin de l'entretien 1, au sujet des prises en charge : « Dans le médico-social en général, quand on a une urgence sociale, ça se termine aux urgences. La plupart du temps. », « Enfin bref... c'est le parcours du combattant. » et « Donc on est dans une situation de violence administrative qui est très compliquée ».

La remise en question des victimes est rare, ici. Cette résultante avait déjà été mentionnée dans les freins au dépistage.

2.2.6. Insatisfaction

Elle résulte des prises en charge rendues difficiles du fait du manque de communication interprofessionnelle, de l'inefficacité du réseau et de sa négligence. Le but de protection des victimes n'est pas rempli, et en plus, les médecins ne comprennent pas pourquoi. Cela a été illustré précédemment par les entretiens 6, 2 et 1 aux paragraphes 2.2.4 et 2.2.5.

2.2.7. Epuisement

L'épuisement professionnel ressenti découle parfois directement du manque de communication et de coordination des prises en charge, les rendant plus longues et laborieuses. Cela avait été mis en avant dans les extraits de l'entretien 1 dans le paragraphe 2.2.5. Mais la négligence du réseau, ou son inefficacité, ne sont pas les seules en cause. La perte de temps causée par des horaires inadaptés et la lourdeur administrative jouent aussi leur part.

Entretien 5 : « pour rebondir sur ce que tu disais, oui communiquer ensemble, ce serait dans un monde idéal, on aurait du temps. Le problème c'est que chacun à la tête dans le guidon. Et en pratique, des réunions, des etc, on a pas le temps ».

2.2.8. Impuissance

Dans le cadre des prises en charge, elle découle de l'ensemble des freins précédents.

Entretien 5 : « *Que ce soit par rapport à l'alcool que j'ai évoqué sur la patiente avant, peut-être que celle-là, on arrivera, mais pour combien que l'on est impuissant* ».

Entretien 10 : « *Donc non, je n'ai pas de frein, après je ne suis pas sûre de, voilà, de, mise à part être une écoute, euh... pour la personne et puis, lui expliquer que bah, c'est pas bien et qu'il n'a pas le droit, euh... voilà, on est, on reste très démunie* ».

Si cette impuissance peut parfois être source de motivation à se former davantage afin d'être plus efficace, de nouer des liens interprofessionnels, comme vu dans l'entretien 6, elle peut aussi contribuer à rendre les médecins plus sceptiques et ambivalents à l'idée de suivre de nouvelles formations, ou les faire remettre en cause l'intérêt de ces prises en charge.

Entretien 1 : « *À chaque fois qu'on pressent ce genre de choses, c'est "Est-ce qu'on perce l'abcès ? Est-ce qu'on perce pas l'abcès ?"* ». Et, plus loin :

«Auteur— *T'aurais plus envie de te former encore, ou... ?*

Docteur— *[Inspiration profonde] donc euh... bon... Je ne sais pas si ça va beaucoup me... J'aurais besoin de faire davantage de formation. A voir, je ne sais pas* ».

2.2.9. Dévalorisation

C'est un nouveau frein qui apparaît ici, et qui résulte de plusieurs points :

- la difficulté de communication avec le réseau, qui amène le médecin à penser qu'on ne le respecte pas :

Entretien 2 : « *Il faut dire aussi une chose pour conclure, c'est que le médecin généraliste n'est pas toujours pris à sa juste valeur. Et par le patient, et par le spécialiste ! Des fois, tu es, on va pas dire que t'es de la merde, mais c'est presque ça. Par les exemples que je t'ai donnés* » ;

- l'absence de rémunération adaptée au temps passé et à la qualification nécessaire :

Entretien 4 : « *Il faudrait des cotations spécifiques peut-être, dans la convention. Il y a les cotations pour la dépression, les démences Alzheimer et maladies neurodégénératives. Il faudrait avoir des cotations spécifiques, pour bien écouter ces gens là parce qu'ils en ont besoin, il faut qu'on leur donne le temps nécessaire* ». Et plus loin, « *Mais quand je dis une cotation spécifique, qu'elle soit rémunérée à hauteur du temps passé* » ;

- l'absence de cotation. Cette dernière permettrait une meilleure rémunération mais aussi une reconnaissance de l'acte fait :

Entretien 1 : « *ce genre de consultation devrait entrer dans une codification de tiers payant intégral avec euh... un mode de rémunération à l'échelle du Hamilton* » ;

- une absence de reconnaissance des patients :

Entretien 6 : « *Et puis on va gérer le souci pour lequel on nous l'a envoyé, et puis ils vont retourner, rechanger de médecin traitant parce que hein... Il y a d'autres services rendus : "Lui il est plus à l'heure". Bah oui, il est plus à l'heure parce que il prend pas une heure avec toi. (rire)* ».

Il découle de ces quatre éléments une absence de reconnaissance de la compétence médicale, qui mène à ce sentiment de dévalorisation, qui peut participer à un épuisement de certains soignants.

2.2.10. Absence de libération de la parole

Un seul médecin en fait part, comme nous l'avions mentionné dans le paragraphe 2.1.14. Pourtant le sentiment d'impuissance et la perte de confiance globale qui y conduisent sont présents chez de nombreux médecins, et semblent renforcer leurs freins à dépister.

2.2.11. Ambivalence médicale

On retrouve une ambivalence des médecins à se former comme à réaliser des prises en charge qui résulte de l'ensemble des freins, comme nous l'avions montré par les citations du médecin 1, dans le paragraphe 2.1.14. Elle pourrait s'exprimer comme une démotivation globale venant jusqu'à alimenter les freins au dépistage et à la prise en charge. Elle forme avec l'absence de libération de la parole une boucle de rétrocontrôle négatif.

2.2.12. Perte de confiance

Issue de l'insatisfaction des prises en charge et de la dévalorisation ressenties par les médecins, elle touche différents points. Elle est au niveau du réseau et de l'ensemble des infrastructures, venant nuire à de futures prises en charge.

Entretien 2 : *« Et puis tu peux tomber sur un médecin qui est un peu connard, et qui va te dire "écoutez Madame... Attendez, c'est pas bien méchant ce qu'il a eu. C'est peut-être pas du tout ça. Allez, on se voit dans trois mois." Bah oui, mais dans trois mois il peut se passer des choses ».*

Il peut s'en suivre une perte de confiance dans leurs compétences, qui s'approche du sentiment d'impuissance.

Entretien 5 : *« Mais [inspiration profonde]. Donc, quelles sont nos armes avec ça ? Bah, pas grand-chose ! »*

Ce qui peut perturber la perception du rôle médical, et jouer sur les priorités du médecin. Il n'est donc pas étonnant qu'elle contribue au sentiment d'ambivalence que l'on retrouve chez certains médecins, ou au sentiment d'impossibilité à libérer la parole.

3. Impact formation

3.1. Connaissances théoriques

Il s'agit d'un enrichissement des connaissances, sans nécessairement de mise en pratique. Lors des entretiens, beaucoup de médecins déclarent avoir acquis des connaissances.

Entretien 1, à propos de ce qu'il a appris : *« Les violences intraconjugales, c'est pas une seule violence et on arrive là-bas. La plupart du temps ça fait plusieurs années, avec des gens qui ont perdu complètement leurs repères ».*

Entretien 4, à propos d'un collègue ayant participé pour la première fois à une formation sur les violences conjugales : *« il a appris... Il m'a dit, j'ai appris beaucoup de choses ! Alors, est-ce qu'il va mettre en pratique derrière, ça c'est autre chose ».*

Chez certains médecins, c'est plus implicite. Ils se disent plus sensibilisés, plus aptes à repérer, ce qui semble passer malgré tout par l'acquisition de nouvelles connaissances, comme nous le verrons après.

3.2. Sensibilisation

La prise en compte de nouvelles connaissances, ou la rencontre avec d'autres personnes amène les médecins à s'interroger et remettre en question leur pratique. Ils s'estiment sensibilisés, sans que cela implique nécessairement plus de repérage ou dépistage. Il s'agit plus d'une forme de prise de conscience.

Entretien 10 : *« et sinon c'est vrai que cette formation là, donc le fait de poser la question de façon systématique, euh... ça permet d'interpeller même si ça ne rentre pas facilement dans la pratique ».*

Entretien 11 : *« si c'est (bafouille) sous forme d'une notion de [...] sensibilité, c'est important c'est aussi une remise en, en question de nos pratiques personnelles, parce qu'on échange avec nos collègues, et puis euh... on croit détenir la bonne solution mais c'est pas forcément la bonne solution ».*

3.3. Repérage

Après la formation, beaucoup de médecins se sentent plus capables de repérer les victimes des violences.

Entretien 1 : *« repérage. Bizarrement c'est, à chaque fois qu'on fait une formation, on l'applique dans la semaine ou dans les 15 jours. On... On le voit comme le nez au milieu de la figur. ».*

Entretien 8 : *« j'y suis peut-être un peu plus attentif, mais euh... mais ça, j'y, euh... j'y étais déjà un peu avant, je pense. [...] je repenserai dans le cadre de euh... de plaintes somatiques multiples inexplicables euh... de soulever des questions un petit peu plus vite ».*

3.4. Dépistage au cas par cas

Au cours des entretiens, une bonne partie des médecins dit parvenir à faire du dépistage au cas par cas, lorsqu'ils ont repéré des points d'appels en amont.

Entretien 3, à propos d'une situation où le médecin a dépisté des violences : *« Alors je lui dis que j'ai pas deviné, déjà y a un antécédent, et puis, bon, j'ai quand même remarqué que c'est un peu moins la grosse lune de miel ».*

Entretien 9, à propos du dépistage : *« Donc ça arrive assez facilement dans la conversation quand, euh... je sais pas moi, euh... migraine à répétition, lombalgies chroniques, plaintes dépressives, globalement on appuie sur un curseur "tiens, et si il n'y avait pas une autre cause ?" »*

3.5. Dépistage systématique

Peu de médecins déclarent avoir acquis cette compétence. Un est en train de l'acquérir, d'autres s'interrogent.

Entretien 5 : *« le premier propos étant finalement d'en parler. Et du coup, moi c'est ce qui a changé beaucoup ma pratique, c'est-à-dire que j'en parle. C'est systématiquement demandé ».*

Et pour ce médecin, c'est une question à reposer régulièrement, parce que, en un an, il peut se passer des choses : *« mais aussi dans le cadre de mes entretiens avec les, les enfants les consultations annuelles, la question tombe à peu près systématiquement ».*

Certains médecins n'ont pas passé le cap, mais savent que cette pratique est recommandée, et cela les fait se remettre en question.

Entretien 10 : « Non, bah, ça m'a interloqué [...] ça m'a montré que je pourrais éventuellement poser la question mais c'est vrai que dans la pratique, dans ma pratique quotidienne pour le moment, j'ai pas encore réussi à l'intégrer ».

Mais pour certains, encore, cette pratique n'est pas applicable à la médecine générale.

Entretien 9 : « Quand quelqu'un vient pour une angine, je vais pas lui demander si il est à jour de ses frottis. [...] J'exagère parce que la caricature est pas très belle, mais [...] on est, on est dans l'instant, dans l'action et dans la question posée ».

3.6. Etre à l'aise

Plusieurs médecins déclarent être plus à l'aise après avoir suivi une ou plusieurs formations.

Entretien 4, à propos du dépistage systématique : « Vraiment ça fait partie des questions, non, où il n'y a pas de souci, pour ma part. »

Entretien 8 : « Peut-être un petit peu plus à l'aise ».

Parmi eux, quelques-uns se sentent même complètement à l'aise.

Entretien 6, sur les freins améliorés par la formation : « d'être à l'aise avec le sujet ! D'avoir peur de tomber sur des choses trop lourdes et de ne pas savoir quoi en faire ».

D'autres, plus rares, ne voient pas d'amélioration :

Entretien 9 : « C'est toujours aussi compliqué je trouve de, d'oser poser la question. En fait, on nous dit euh... vraiment euh... que ça fait partie des questions qu'on devrait poser en consultation "et sinon comment ça va dans votre couple ?", et finalement on se rend compte que c'est assez dur de rentrer dans l'intimité des gens quand ils l'ont pas souhaité, ou pas voulu ».

3.7. Connaissance du réseau

Beaucoup de médecins disent mieux connaître le réseau à leur disposition, ce qui concorde avec le peu de médecins à exprimer la persistance de manque de connaissance de leur réseau.

Entretien 10 : « la seule chose que j'ai c'est que j'ai des adresses et je sais à qui adresser si effectivement j'avais une, une, une, un cas d'urgence pour un logement d'urgence ou ce genre de chose ».

Entretien 9, à propos de l'utilité de la formation : « Oui ! Formidable ! Parce que euh... un réseau comme je le disais tout à l'heure, j'insiste beaucoup là-dessus mais je... je... Tous les domaines où je suis pas compétent, faut au moins que je sache à qui de compétent pouvoir l'adresser ».

Mais connaître mieux le réseau ne va pas forcément de paire avec orienter plus.

Entretien 8 : « Alors on a quelques réseaux [...] qui ont été présentés en gros, quelques portes où, où aller frapper en cas de, en cas de besoin pour les patients, patientes. Euh... mais je, j'ai pas vraiment exploré en fait, j'ai pas vraiment exploré ça ».

Enfin, d'autres déplorent n'avoir pas eu accès à ces connaissances.

Entretien 11 : « Non parce que, ce dont j'attendais c'était en fait des adresses, des numéros de téléphone [...] Et des facilités d'accès qui ne sont pas parvenus ! »

Certains médecins ont également gardé les fiches contacts distribués lors de la formation, comme le médecin qui la sortira à la fin de l'entretien 9.

3.8. Orienter

Connaître le réseau et orienter les patients sont deux choses différentes. Orienter signifie souvent que l'on fait des prises en charge.

Entretien 1, à propos des apports de la formation : *« déjà repérer et donner une adresse, donner quelque chose à faire, enfin une porte de sortie à mes patients, c'est déjà très bien ! »*

Entretien 4 : *« c'est qu'on va vous solliciter, et donc, on n'est pas tous médecin légiste, on n'est pas tous apte à faire des certificats. Il faut un réseau de professionnels, il faut pas rester tout seul. Ce qu'on a fait nous à [nom de ville, ndla], il y a une inspectrice qui est spécialisée dans ça, et un endroit où parler avec une psychologue, une assistante sociale. On va les adresser là ».*

Et bien sûr, pour les médecins qui ne pensent pas avoir acquis de nouveaux contacts, il semble difficile de mieux ou plus fréquemment orienter. Surtout si les contacts présentés durant la formation n'étaient pas locaux.

Entretien 2, sur l'utilité des contacts pris pendant la formation : *« non pas spécialement. Ben tu sais les contacts c'est pas évident. Ici tu sais... Les contacts, si je me souviens bien, c'était avec Caen et tout ça ».*

Malgré tout, on observe que les médecins ayant suivi plusieurs formations nomment plus de types de professionnels différents dans leurs entretiens que les médecins n'ayant suivi qu'une formation. Les interlocuteurs les plus cités dans les prises en charge sont les psychologues, les psychiatres et autres professionnels médicaux. Et les moins cités sont les professionnels du milieu social et judiciaire, ainsi que les médecins légistes.

3.9. Faire partie d'une équipe et coopération

Au-delà d'orienter, il émerge aussi l'idée de faire partie d'une même équipe de soin, voire d'être au centre de cette équipe.

Entretien 5 :

« Auteur — C'est au-delà de connaître un réseau, c'est créer un lien finalement.

Docteur — C'est créer un lien, tout à fait, [...] être dans l'échange, mais c'est-à-dire que moi je vais les solliciter c'est-à-dire que, clac, si c'est moi qui ai dépisté, je vais solliciter, on va dire mes collègues sociaux ou judiciaire. Mais si euh... c'est eux qui détectent, qui dépistent, et qu'ils ont besoin d'un médecin, ben, c'est donnant-donnant ».

Cette notion de lien, de travail d'équipe apparaît dans d'autres entretiens.

Entretien 6 : *« alors moi j'ai toujours voulu beaucoup travailler en réseau. Je suis quelqu'un qui appelle beaucoup les collègues, mais alors, tous les collègues »* dont il donne des exemples : *« Et savoir quel type de kiné je peux envoyer des femmes victimes de violences conjugales ou pas. Parce que justement il ou elle va être à l'écoute, et la cocooner, et prendre le temps. [...] En fait, le Cocooning pour faire redescendre la pression, et la garder un peu à l'œil et savoir, voilà, si un jour elle la voit débarquer avec un bleu, une trace, elle va m'appeler et va me dire, "j'ai pris en charge Madame Machin quand j'ai pris en charge son épaule [...] euh... c'est bizarre la porte de placard qu'elle s'est pris dans l'épaule quand même..." »*

3.10. Communication et psychologie

Il ne s'agit pas que de savoir dépister, mais aussi de savoir expliquer, être à l'écoute, faire des entretiens motivationnels. L'apport des formations sur le thème des violences conjugales est réduit, mais apparaît tout de même.

Entretien 1 : *« on pouvait adresser et expliquer un peu aux gens ce qui existait et leur expliquer que ce n'est pas la normalité. Voilà ».*

Entretien 5 : *« Même avec un nouveau patient si tu commences à lui poser ce genre de question d'emblée tu vas nouer un lien plus fort et une écoute. [...] De pouvoir offrir à mes patients d'avoir tout d'un coup un interface, et une parole possible libérée, c'est important même pour moi ».*

Certaines notions n'ont pas été apprises dans une formation spécifique aux violences conjugales, mais au cours de différentes formations, et s'en servent pour ce thème.

Entretien 4, à propos de l'écoute active et l'entretien motivationnel : *« la première façon c'est, c'est de s'intéresser à l'autre, et de dire qu'est-ce qui anime son comportement. "Racontez-moi ce qui se passe !" [...] Parce qu'on est toujours, on est toujours dans la solution. Mais la solution, c'est les gens qui l'ont. C'est pas nous. [...] Là où vous aidez le mieux, l'écoute déjà ».*

Mais la communication, c'est aussi de nouer un lien avec les autres professionnels.

Entretien 1 : *« Les petits fours, ça n'a l'air de rien, mais c'est une manière de connaître les visages des gens. Et, toute formation, aussi pourrie soit-elle, c'est toujours l'occasion de, de voir les gens en physique ».*

3.11. Savoir être et professionnalisme

Savoir communiquer est une forme de savoir être, néanmoins, c'est aussi une compétence à part entière. Nous avons donc séparé ces deux notions. Ce savoir-être, qu'on peut aussi appeler professionnalisme apparaît au cours de différents entretiens sur des notions telles que : l'écoute, la disponibilité, la gestion du planning, la bienveillance...

Entretien 6 : *« on en parlait, justement, avec les collègues quand on parlait des formations. Quand la patiente nous dit ça la main sur la porte, la fausse bonne idée, enfin c'est de notre vécu, c'est de lui dire "ah oui vous avez raison, c'est important qu'on prenne le temps donc on va en reparler. On va se programmer un moment." parce qu'elle va pas revenir nous en reparler. [...] Quand une femme dit ça la main sur la porte, pour nous, faut dire "c'est trop lourd ce que vous venez de me dire là pour qu'on prenne pas 5 min pour qu'on puisse en parler." Et on sait bien que ça va pas prendre 5 min. On sait bien qu'on va ressortir avec une heure de plus de retard ».*

Il s'agit d'être disponible, et de respecter le point où en est le patient.

Entretien 5 :

« Auteur — Si ! J'ai l'impression que tu veux respecter le temps de la patiente.

Docteur — C'est-à-dire que c'est pas que je veux c'est qu'il y'a pas le choix ! [...] Et que de toute façon, on ne peut que se mettre à son diapason, à son rythme ».

La posture du médecin est importante aussi ; il faut savoir se montrer positif.

Entretien 1 : *« Le plus important c'est de montrer qu'il y a toujours une solution ou une porte de sortie. Donc ça c'est modifié ».*

D'ailleurs, le fait de partager les expériences avec des professionnels autres que des médecins semble important. Certains disent avoir appris de cette manière à être plus disponibles, plus patients.

Entretien 8 : *« Euh... mais surtout (rires) je pense qu'à l'avenir je serai un petit peu plus patient et*

3. IMPACT FORMATION

euh... dixit l'assistante sociale avec ses hum... ses parcours de vies, de, de personnes suivies qui s'étaient sur des mois voire sur des années, voilà, on ne peut pas tout changer en quelques jours, quoi ! Il faut beaucoup de patience ».

4. Formation idéale : les attentes des médecins

Au cours des différents entretiens, à travers l'expérience des médecins, les freins persistants et le rôle qu'ils entendent jouer dans ces prises en charge, s'est dessiné le profil de la formation idéale. Celle qui selon eux serait la plus formatrice pour répondre à leur besoin.

4.1. Format de formation

4.1.1. Format mixte

Le besoin de connaître ses interlocuteurs amène les médecins à privilégier un format de formation plus qu'un autre : l'échange de pratiques pluridisciplinaires, en présentiel, avec des acteurs locaux.

Entretien 1, sur les points positifs de la formation suivie : *« mais de connaître et de voir tous les interlocuteurs, tous les métiers que je ne connaissais même pas ».*

Entretien 10 : *« Oui, sans doute que ça doit être intéressant de rencontrer les différents acteurs pour être plus sensibilisé ».*

Ce qui nécessite du présentiel selon l'entretien 5 : *« J'ai pas envie tellement de formations à distance ».*

Afin de permettre la fluidité des échanges, certains mettent en avant la convivialité, propice à la création du lien, comme le médecin de l'entretien 1, cité dans le paragraphe 3.10. Le médecin de l'entretien 6 va même plus loin, et propose que ce temps d'échange des pratiques des différents professionnels soit le moment de discuter des prises en charge défectueuses, des problèmes de terrain. Une forme de case report. Chacun pourrait ainsi voir les améliorations à apporter à sa pratique, autour d'un cas concret, voire mettre en place des solutions ensemble :

« Un temps d'échange classique avec les partenaires médicaux, sociaux, juridiques, pour venir intervenir et échanger avec la salle et entre-eux. Parce que je trouve que si on les fait venir les uns après les autres, on va perdre l'aspect un peu contradictoire du sujet qui me paraît important dans le cadre des violences conjugales, parce que c'est pas tout rose. On n'a pas tous la même vision du sujet. Euh... et de temps en temps, quand on a pas la même vision, ça merde. [...] Donc j'aime bien ce moment, où on se voit, où on prend le temps de discuter : "Pourquoi, pourquoi ça va pas ? Et... Et comment faire pour améliorer les choses ?" Du coup ça me paraît très intéressant, important en formation. Ça me paraîtrait formateur pour les médecins. Et ça me paraîtrait formateur pour nos interlocuteurs ».

Ce qui ne va pas sans *« un temps de formation bah de présentation du sujet 175 ».* Il ajoute plus loin :

« C'est, c'est ce dont on a besoin de temps en temps, dans des situations concrètes, pour comprendre pourquoi ça bloque. Pourquoi ça a pris plus de temps ? Pourquoi ceci et pourquoi cela ? Et pourquoi, dans des cas où il y a des violences conjugales avérées, avec des, avec des, des certificats médicaux répétés, où le mec a menacé de la buter, euh... bah il prend six mois fermes et 3 avec sursis. Euh... sans mesure d'éloignement derrière. Je peux comprendre que la femme elle soit voilà... On a besoin de temps en temps qu'on nous dise "Bah oui, dans le droit, c'est limité à ça." [...] Et pas se retrouver avec une femme qui se prend un coup de couteau sur un parking. Parce que, parce que, à un moment, il y a eu un dysfonctionnement et quand on n'y a pas pensé quoi ».

Ce format d'échange autour de problèmes est valorisé par d'autres médecins.

Entretien 10 : « On discute beaucoup avec les collègues, quand on a un cas comme ça qui nous pose problème, on leur pose la question comme ça de savoir ce qu'ils auraient fait ».

Malgré l'importance quasi unanime de ce format d'échange, de table ronde, est également mis en avant un modèle plus descendant de dispensation du savoir par des experts. Ce modèle revient chez certains médecins comme un prélude nécessaire avant la table ronde, comme nous l'avons vu avec l'entretien 6.

Entretien 2 : « Comme un cours si tu veux. Quand tu as un cours, tu as l'épidémiologie, tu as les signes, comment dire, fonctionnels, ensuite tu as les signes cliniques, ensuite tu as l'examen avec les signes cliniques, ensuite tu as la biologie, tu as le diagnostic, le diagnostic différentiel, tu as la biologie, tu as les examens complémentaires. Tu vois, tu as tout ça. Tu as un plan. Et là, on n'a pas de plan ».

Lors de l'entretien 6, on voit à travers l'échange la possibilité de faire remonter l'information, un format plutôt ascendant. Ce modèle, plus rarement mis en avant, n'est pas indissociable de l'échange de pratique.

Entretien 11 : « Ce qui serait même déjà intéressant c'est que nos universitaires de temps en temps, quittent leur belle blouse blanche et aillent sur le terrain. [...] Comme ça, ils pourraient voir aussi ce que c'est aussi que le terrain ».

C'est donc plutôt un format mixte, permettant de revoir les bases avant de les mettre en pratique ou de les interroger autour d'une table ronde, qui semble préféré. Ce format permettrait d'améliorer les connaissances, les liens au sein du réseau, et de revoir ensemble les pratiques pour les comprendre et de les faire évoluer, tout en faisant remonter des problèmes de terrain.

4.1.2. Participation active

Selon une partie des médecins, l'apprentissage se fait d'autant mieux que le médecin est actif lors de la formation. Il ne fait pas qu'écouter, il peut s'entraîner à faire un certificat.

Entretien 4 :

« Docteur— déjà à la formation médico-légal, des certificats. Je crois qu'il faut, faut vraiment reprendre le b.a.-ba des certificats : comment bien les rédiger, les règles. Je sais pas si on en parle parce que, on voit bien, les contentieux qu'on a à l'ordre, c'est les certificats ! Parce que les gens disent des choses, et on retranscrit tel quel, et c'est pas... Il y a des règles d'écriture quoi. Il faut savoir. C'est pas si compliqué à acquérir ça comme compétence. [...] »

Auteur— Vous voulez dire presque entraîner les médecins à faire...

Docteur— Ouais ouais ! Et puis qu'ils le fassent. [...]

Auteur— Donc finalement des ateliers pour les médecins pour les entraîner sur des choses pratiques.

Docteur— Ca, ça pourrait être intéressant oui ! Là, ils vont acquérir des compétences ».

Le médecin s'entraîne à dépister, à prendre en charge.

Entretien 5 : « il y avait une intervenante qui nous avait fait pratiquer des sortes de petites scénettes, psychodrames où on jouait tantôt l'acteur de santé tantôt la victime. Et ça, c'est tout aussi flippant. [...] mais c'est très apprenant ».

Il échange sur son expérience, sur ce qui lui a posé problème, comme nous le montraient précédemment les citations de l'entretien 6. On voit qu'il s'agit d'acquérir un savoir-faire, de savoir mettre en pratique, et que le mieux est de s'y entraîner.

4.2. Contenu de la formation

4.2.1. Expert

On voit, au travers des différents entretiens, l'importance de professionnels qualifiés, référents, de l'ensemble des professions attenantes à la prise en charge des violences conjugales. Ils sont jugés apprenants voire inspirants. Ceux-ci doivent pouvoir faire office d'experts pour transmettre les connaissances, et d'interlocuteurs pour pouvoir échanger sur les prises en charge. Leur présence est sollicitée par de nombreux médecins, notamment pour la filière judiciaire et sociale :

Entretien 1 : *« Et puis la qualité des intervenants. Excusez du peu : tous les responsables de régions, les professeurs de médecine, on pouvait pas faire mieux comme panel d'information. Y avait les représentants des gendarmes, le procureur/substitut du procureur... »*

Entretien 6 : *« on avait de beaux experts bien compétents ».*

Entretien 8 : *« Intervention de groupe, celle en, en petit groupe euh... C'était intéressant [...] mais là pour le coup j'ai plus tiré d'écouter des experts. Voilà ».*

4.2.2. Interlocuteurs locaux

Leur présence a autant d'importance pour l'échange de pratiques que pour la création de liens interprofessionnels. Le but de leur présence est, au travers des échanges, de pouvoir coordonner la pratique et créer une équipe locale soudée.

Entretien 3 : *« Bah les formations, ouais, faut quand même qu'ils parlent... Qui présente, qui sont les professionnels, qui travaillent, qui peuvent aider là dedans ».*

Entretien 6 : *« Et, du coup, sur, sur les formations aux violences conjugales, faut je pense, faut, faut du terrain, des interlocuteurs de terrain ».*

Entretien 8 : *« Je le redis [...] mais aussi d'autres intervenants que, que des médecins ».*

Entretien 9 : *« on vu euh... la possibilité d'avoir euh... d'inviter un médecin euh... expert euh... du coup [...] aux médecines légales. Et, du coup, d'évaluation euh... de [nom de ville, ndla], l'unité, l'antenne euh... l'antenne de [nom de ville, ndla] dont le nom m'échappe, forcément, euh... et puis deux associations [nom de ville, ndla] du coup, ça a permis euh... d'avoir un maximum de plaquettes, d'information et de savoir quel était le circuit ».*

Il conclut sur l'utilité de la formation : *« Donc là le fait de connaître, rencontrer, échanger et avoir un carnet d'adresse ».*

4.2.3. Animateur

Une personne charismatique, chargée d'animer la formation, de permettre sa fluidité, de répartir la parole, est un point souligné par certains médecins.

Entretien 1, à propos de la formation : *« Elle était super ! Super. Très organisée, timing qui était euh... très bien. On avait le déroulé avec le nom des intervenants bien en amont. On avait un monsieur génial, avec son micro [...] Y faisait respecter l'emploi du temps, y répartissait les temps de paroles. Après c'est un mec qui est rodé mais c'est exactement ce genre d'intervention qu'on a appris en tant qu'animateur de groupe qualité ».*

Lors de l'entretien 5, l'animatrice est aussi expert, et anime les ateliers avec humour, ce qui rend la formation marquante :

« C'était une intervenante [...] et du coup, elle appelait les hommes violents Philibert, en disant "c'est

un prénom que j'ai choisi parce qu'il n'y en a pas beaucoup des Philibert !". [...] voilà, situation de mise en pratique animée par Madame [nom de l'intervenante, ndla]. Ça, c'était très drôle. [...] formatrice et porte-parole du collectif féministe contre le viol. Donc elle est vraiment intéressante. C'est une femme passionnante ».

4.2.4. Savoir scientifique

Même si le besoin de rappel de notion théorique est moins cité que le besoin de connaissances pratiques (conduite à tenir, réseau...), il semble être une notion importante pour certains médecins, comme le médecin de l'entretien 2, cité dans le paragraphe 4.1.1, ou le médecin de l'entretien 5 :

« C'est d'enrichir, de toute façon, le savoir, entre guillemets, de mieux connaître ses gammes, c'est toujours bénéfique. [...] Je vais enfoncer des portes ouvertes, mais à un moment donné, c'est ça, c'est de dire les choses, dire un peu comment ça fonctionne sur le sujet sur le cycle. Il y a des choses de base comme ça, tu les inventes pas ».

Il s'agit d'avoir les bases qui n'ont pas été données dans le cursus universitaire. Et, avoir une fiche repérage et conduite à tenir semble d'ailleurs important. Et, avec les notions d'experts, de modèle descendant, souvent demandées, on sent combien le savoir pour les médecins, c'est la connaissance scientifique. La validité et l'intérêt de la formation en dépendent.

4.2.5. Connaissance pratique

La plupart des médecins s'accordent sur le besoin d'éléments dits pratiques, comme connaître ses interlocuteurs, et avoir leur contact.

Entretien 3 : *« je trouve qu'on devrait recevoir une plaquette avec tous les coordonnés des conseillers conjugaux, des psy, des différents endroits... enfin vous voyez ».*

Entretien 7 : *« si on avait plus de formations un peu plus claires, un peu plus encadrées, peut-être qu'on aurait un meilleur carnet d'adresse avec les bons intervenants qui nous permettrait de réagir rapidement ».*

Ce médecin va même un peu plus loin sur la notion de carnet d'adresse :

« avoir un carnet d'adresse, avoir effectivement des numéros de téléphone d'association ou de personnes un petit peu experte ou pourquoi pas même avoir un, une télé-expertise comme on fait avec omnidoc sur d'autres spécialité, euh... via une plateforme sécurisé, oui, ça, ça pourrait être des outils intéressant je pense ».

Ce sont donc des outils, notamment de communication au sein du réseau, qui sont demandés par les médecins.

Entretien 1 : *« Mais un portail médico-social pour tous les intervenants qu'on a vu au colloque ; pas besoin de plaquettes ».*

Ce que le médecin développe à plusieurs reprises, et en montre les avantages :

« si c'est un portail unique, bah on mettrait en favori sur nos logiciels médicaux, au même titre que le CRAT [centre de référence sur les agents tératogènes, ndla], qu'antibiocliv, ce genre de chose. Et là, pouf, un portail unique relié à une CPS : problème réglé ».

« Pour la plateforme qui pourrait aider, pour la plateforme territorial d'appui, pour les euh... les registres d'informations préoccupantes, pour les signalements... Une par département qui pourrait être hébergée par, ben, les deux trucs les plus simples, soit par Manche-santé, le département lui-même, soit par euh... le, l'ordre de la Manche ».

4.2.6. Cas cliniques et *case report*

On sent au travers des différents entretiens que les médecins généralistes restent pragmatiques. Si les connaissances doivent être scientifiques, valides, elles doivent aussi être utiles au médecin, pour répondre au besoin du patient. Ne doit apparaître dans la formation que ce qui est validé scientifiquement, et utile pour leur pratique. Suivant ce pragmatisme, c'est sur les mauvaises prises en charge que les médecins généralistes souhaitent revenir pour apprendre de leurs erreurs, comme nous l'avons vu avec les citations des médecins des entretiens 6 et 10 dans le paragraphe 4.1.1.

4.2.7. Thème

Parmi ces cas concrets, on retrouve quelques thèmes récurrents :

- certificat : savoir les rédiger pour éviter les erreurs, ce que nous avons vu dans le paragraphe 4.1.2, avec les citations de l'entretien 4. Et plus précisément, il s'agit de savoir rédiger un certificat qui ne sera pas source d'une procédure disciplinaire ou pénale du médecin ;
- la procédure judiciaire et sociale, et les décisions de justice sont souvent incomprises et donnent lieu à une remise en question de la victime et du système judiciaire, quand ce n'est pas l'intégralité du réseau. Nous l'avons détaillé dans la partie 4.1 avec les citations de l'entretien 6, mais on le retrouve dans d'autres entretiens :

Entretien 2 : *« sur le plan juridique, on ne sait pas trop comment faire. Comment faire ? Porter plainte, et puis ensuite ? [...] On sait pas. On sait pas trop comment faire. [...] Parfois, souvent, elles veulent porter une main courante. Alors qu'on leur dit "Ben non, faut peut-être pas porter une main courante, il faut peut-être porter plainte" Ça dépend. Tout dépend, tout dépend, effectivement, de ce qui s'est passé »*

Il s'agit d'aider les médecins non seulement à améliorer leur pratique, mais à les affranchir de leur peur et de restaurer un lien de confiance. Les thèmes transversaux sont également demandés, comme les certificats, mais pas uniquement :

- le secret médical fait partie des thèmes pouvant poser problème, comme cela avait été vu dans le paragraphe 2.1.13, avec l'entretien 11 ;
- l'urgence, comme lors de l'entretien 10 : *« Et bah justement, ce carnet d'adresse euh... sur les dispositifs d'urgences qui existent, ça c'était bien de savoir que ça existait et euh... comment les contacter »* ;
- la communication, base de la médecine générale, est au centre ici aussi des prises en charge, et pose (ou a posé) souci à plusieurs médecins.

Entretien 1, sur les éléments importants d'une formation : *« Comment se comporter. Les formations que j'ai eues sont très bien. Je pense qu'on devrait intégrer au cursus de manière systématique le... une formation sur les entretiens motivationnels. [...] Les gens ne savent pas parler aux gens ; parler ça s'apprend. [...] à mon avis, on gagnerait du temps à l'apprendre de manière formelle. Ca, c'est sur la manière de se comporter »*.

Entretien 10 : *« mais je ne suis pas seule, je sais que mes collègues ont suivi la même formation que moi et qui ont le même discours, c'est "Mais comment tu l'intègres dans ton interrogatoire ?" »*.

Ces thèmes transversaux sont aussi le moyen au cours de formation de parler à nouveau, même brièvement, des violences conjugales.

Entretien 11 : *« si j'ai un petit dada c'est que cette problématique en question s'intègre sur d'autres problématiques »*.

4.2.8. Outils

Certains outils sont attendus par les médecins pour les aider dans leur pratique. Il s'agit principalement de :

- fiche conduite à tenir, comme nous l'avons vu précédemment avec l'entretien du médecin 1 sur le cours magistral ou dans l'entretien 3, à propos de la plaquette récapitulative qu'elle a reçue : « *Je pense que c'est bien que j'ai la plaquette* » ;
- fiche contact, plateforme commune : comme nous l'avons noté dans le paragraphe 4.2.5 ;
- flyers à destination patiente, comme dans l'entretien 4 : « *Après, savoir qu'il y a des lieux d'écoute, tout ça des petits flyers comme ça que tu peux distribuer aux gens, aux patients aussi des fois...* »

Ce ne sont pas les seuls outils dont ont besoin les médecins généralistes, mais ceux-ci peuvent être facilement fournis lors de formation.

4.3. Organisation

4.3.1. Habitude de formation

Le mieux pour les médecins est que la formation s'inscrive dans leur parcours de formation habituel.

- via les groupes qualités pour ceux qui en font partis, pour la mise à jour des pratiques :

Entretien 1 : « *Et euh... la mise à jour des pratiques donc ça c'est différent de la mise à jour des connaissances c'est... là je fais quasi exclusivement le groupe qualité, donc c'est une évolution du groupe de paires. [...] C'est de faire avancer la qualité des soins totalement indépendante de la formation théorique pure. C'est la qualité des soins qui prime* ».

Entretien 8 : « *Les groupes qualité, donc ça c'est l'évaluation des pratiques [...] et le reste c'est du, de la formation et les organismes certifiés donc DPC euh... c'est un moyen d'indemnisation qui ouvre la porte à des formations de qualité et certaines de beaucoup moins bonne qualité* ».

Entretien 9, sur ses habitudes de formation : « *Euh... les groupes qualités et après en lien avec l'hôpital parce que j'ai une capacité de gériatrie et que je travaille sur l'hôpital, donc du coup c'est euh... des formations euh... professionnalisantes de hum... de l'hôpital* ».

- via des organismes, notamment le DPC :

Entretien 2 : « *J'en fais un par an au moins. Normalement je devrais en faire deux, mais avec le Covid, j'en fais plus qu'un. [...] c'est les formations continues. [...] c'est les formations du DPC* ».

Entretien 1 : « *Deux manières dont je me forme. Euh... La mise à jour des connaissances, c'est ce qu'on appelle de développement professionnel continu donc c'est via la plateforme nationale le DPC, mondpc.com ou .fr. [...] toutes celles qui sont validantes sont forcément référencées avec monDPC pour pouvoir s'inscrire euh... pour qu'elles soient validantes et qu'on soit indemnisés. Donc ça c'est la mise à jour des connaissances* ».

- via certains colloques connus, comme Preuve et Pratique :

Entretien 2 :

« *Auteur— ah oui ! Le séminaire un week-end par an là...*

Docteur— *voilà ! Qui est en relation avec le... [...] c'est subventionné par un, par un, comment dire, un journal. Et, c'est en corrélation avec le CHU de Caen. C'est des professeurs de Caen, et des médecins de*

4. FORMATION IDEALE : LES ATTENTES DES MEDECINS

Caen qui viennent nous faire des cours sur plusieurs sujets. Donc j'y vais tous les ans. ».

Entretien 10 : *« J'aime beaucoup le congrès, alors je ne peux pas y aller tous les ans parce que c'est pas toujours euh... le congrès Preuves et Pratiques de Caen, je le trouve super bien. Super bien fait et euh, et j'essaie de me rendre disponible pour pouvoir y aller, quand je peux ».*

- voire par des magazines médicaux comme Prescrire ou La revue du praticien que les médecins sont nombreux à lire.

Entretien 5 : *« Mais sinon, euh, je lisais pas mal Prescrire ».*

Entretien 7 : *« Moi les formations après, il y a, je suis abonné à Prescrire, avec le test de lecture mensuel, donc ça déjà c'est une formation continue et régulière ».*

On voit que les médecins ici connaissent relativement bien le système de formation continue, et s'incluent pour beaucoup dans des groupes qualifiés, c'est un de nos biais de sélection. Malgré tout, on observe que leur allégeance va à la qualité des données scientifiques, l'utilité pratique qu'ils en ont... Il y a aussi une part d'habitude.

4.3.2. Communication autour du thème et de la formation

Beaucoup de médecins déplorent le manque de communication autour des formations existantes, tout en étant noyés par pléthore d'autres formations. Le fait qu'il y ait peu de formations sur ce thème vient, de base, diminuer la communication autour de ce thème. Mais, pour les médecins ici, les formations existantes font trop peu parler d'elles.

Entretien 3 : *« c'est, faut aussi que ça fasse partie des formations continues [...] Y a les revues du prat, Mg machin, il faut leur dire, il faut que vous fassiez des formations sur les violences conjugales quoi ».*

Entretien 5 : *« dans le panel de formations qu'on nous donnait à voir, autant, [...] sur certains sujets, ça nous est fourni de manière répétée, et, mais pas sur ce sujet là ».*

4.3.3. Organisation en amont

Cela semble évident, mais être au courant longtemps avant de la formation est un point important pour le médecin :

- pour qu'il puisse bloquer la date :

Entretien 3 : *« J'étais déjà occupée donc c'était trop tard quand ils ont prévenus » ;*

- pour qu'il s'organise pour venir :

Entretien 5 : *« Quant aux formations, c'est, c'est le côté, compliqué des formations d'aligner les choses... Là il y avait un colloque en Normandie récemment, mais je n'ai pas pu m'y rendre » ou « bah, des journées de travail très chargées, une situation de divorce qui fait que j'ai mes enfants un week-end sur deux et que donc le week-end où ils sont là par essence, je ne vais pas me barrer... » ;*

- trouver un remplaçant :

Entretien 3 : *« il fallait que je me reforme parce que je suis maître de stage et je me suis dit "merde ! comment je vais retrouver à arriver à être remplacée !" »*

4.3.4. Localisation

Une formation locale, de proximité, est mise en avant par un seul médecin, néanmoins, les moyens de formations les plus utilisés étant les groupes qualifiés et les revues, on peut se demander si la notion de proximité, voire de non déplacement, n'est pas un atout.

Entretien 5, à propos de formation qu'il souhaite faire : *« non c'est le Prat que ça s'appelle. C'est un réseau local avec des acteurs locaux etc. »*

5. Rôle médical

Nous l'avons vu, les médecins se veulent pragmatiques face aux formations ; il s'agit de les former sur ce dont ils ont besoin, sur ce qui va les aider à mener leur rôle à bien et en sécurité. C'était donc normal qu'ils en soient venus à définir leur rôle. Un seul point fait l'unanimité, l'orientation et faire partie d'une équipe de soins.

5.1. Orienter et faire partie d'une équipe

Savoir orienter le patient vers les interlocuteurs dont il a besoin est un élément du rôle médical qui est constamment évoqué au cours des entretiens. Et il ne s'agit pas de s'en débarrasser, mais bien de faire équipe avec différents professionnels afin que la personne soit prise en charge au mieux.

Entretien 11 : *« Ah oui, il faut que le médecin fasse partie d'une équipe [...] une équipe pluridisciplinaire [...] la psychologue, en passant par l'infirmière »*.

Entretien 5 : *« surtout de pouvoir piocher [...] , de dire "tiens là je peux prendre, je peux aller chercher untel, je peux renvoyer mon patient faire untel, je peux solliciter untel, je peux échanger avec untel." Tu vois, ça va être finalement j'ai une trame »*.

Le médecin de l'entretien 6 évoque aussi cette coordination des soins, au travers d'une situation :

« De toute façon, elle a dit s'il redevenait violent, il prenait la porte. Il y avait la plainte à la gendarmerie, tout le toutim. Et ce serait réglé. Les gendarmes, on est tous au courant, et on est tous raccord que le prochain coup où il déconne, il y aura pas de blague ! (rire). On laissera pas passer, même s'il a une maladie psychiatrique. »

Derrière ce point se cache différentes motivations :

- protéger la victime, comme on le voit avec l'entretien 6, mais aussi dans l'entretien 8 : *« et ça a résolu, en tout cas elle est en sécurité maintenant. »* ;
- l'accompagner dans sa reconstruction. Le médecin de l'entretien 1 nous l'expose dans cet exemple :

« On commençait à imaginer le futur avec quelques questions ouvertes. "Alors comment vous envisagez l'avenir ?" , "Ah oui, l'avenir, moi je ne m'étais pas posée la question". Voilà puis ça... ça commençait à se décanter, à se... Orientation... Orientation vers les deux trois personnes qui pouvaient l'aider le plus à partir du moment où on n'était plus dans une dépression sévère mais dans une phase de relative acceptation, euh... donc : médecin du travail, médecin conseil de la sécu, euh... Qu'est-ce qu'il y avait d'autre? Euh... bah, le pôle emploi éventuellement puis moi. [...] Voilà ! Donc maintenant, on est dans une phase où euh... Pas de voiture donc c'est pas évident pour un job mais au moins on est plus dans le mur "J'y arrive pas ! Je ferai plus rien." Elle se projette dans son... dans son travail, que finalement, elle ne veut pas quitter. Ce ne sera pas au même endroit, évidemment, mais ce sera une autre orientation de son diplôme ».

Cependant, par rapport au rapport Henrion, qui demande au médecin de convaincre la patiente de

porter plainte, de l'orienter vers les instances judiciaires, les médecins semblent en désaccord. Le médecin 4 exprime ainsi que la conduite à tenir du médecin généraliste, c'est de s'adapter au besoin du patient, et non de l'orienter forcément vers la plainte : « *Parce qu'on est toujours, on est toujours dans la solution. Mais la solution, c'est les gens qui l'ont. C'est pas nous. [...] Là où vous aidez le mieux, l'écoute déjà* ».

En effet, pour lui, même si on doit rappeler ses droits au patient, il n'a que ce dernier qui sait ce qu'il est capable d'entreprendre à un moment donné, ce dont il a besoin. Engager les patients à porter plainte n'est peut-être pas toujours ce qu'il y a de mieux ou de plus restructurant pour eux. Le médecin de l'entretien 10 concorde dans ce sens :

« Je pense que déjà la première chose c'est ça, c'est euh... de se sentir soutenu, écouté, euh... même si on pourra pas, on pourra pas prendre la décision à leur place de partir du foyer ou d'agir contre ça, euh... la première place c'est ça. C'est ce dépistage et une fois qu'on sait, l'écoute, le soutien est expliquer quelles sont les possibilités, voilà ».

5.2. Accueillir et être à l'écoute

Il suffit de lire les citations précédentes de l'entretien 4 et 1 pour comprendre son importance. Pour les médecins, c'est un art de la psychologie et de la communication, qui fait partie de leur exercice médical, comme l'exprimait le médecin de l'entretien 5 dans le paragraphe 3.10.

Entretien 10 : « *on a toujours ce rôle un peu de psychologue, même si on n'est pas du tout formé pour ça, euh... on a un énorme rôle de soutien, d'écoute, de...* »

Mais il s'agit bien plus que de l'écoute, d'un art de la communication ou de la psychologie, mais de se montrer disponible. Face à des situations jugées chronophages, il s'agit de trouver une organisation, des solutions pour ouvrir un maximum de portes.

5.3. Dépister les violences

Un seul médecin n'a pas abordé ce point. Pour beaucoup il s'agit de repérer pour dépister au cas par cas, comme les médecins de l'entretien 9 et de l'entretien 8, cités aux paragraphes 3.4 et 3.5. Nous avons vu également que certains vont plus loin en abordant le dépistage systématique et leur volonté de le mettre en pratique.

Entretien 5 : « *Même avec un nouveau patient si tu commences à lui poser ce genre de question d'emblée tu vas nouer un lien plus fort et une écoute* » ou « *Pour comprendre, parce que des fois, on comprend mieux le patient, sa posture, son chemin de vie, et plein de choses* ».

Il explique ce que cela lui apporte : une relation médecin-malade plus forte, une libération de la parole qui peut être salvatrice, et une meilleure compréhension du patient, donc un suivi plus adapté. Dépister s'inscrit donc dans une meilleure prise en charge globale du patient.

5.4. Evaluer la gravité et l'emprise

Autant évaluer l'emprise et la constater est récurrent, autant l'évaluation de la gravité n'est que peu voire pas abordée.

Entretien 7, sur une situation d'emprise : « *C'est une dame qui disait par exemple qu'elle avait essayé de fuir ce conjoint et que, entre guillemets, elle disait "je me suis fait avoir, je suis revenue" ce qui est classique, hein "j'ai changé" et, finalement, rien n'a changé* ».

Mais lorsque l'emprise est observée, comme nous l'avons vu dans la partie freins au dépistage, c'est davantage comme un frein que comme un marqueur de la gravité de la violence. L'évaluation de cette

gravité apparaît dans l'entretien 6. Le médecin voit dans son rôle celui d'une sentinelle face aux situations d'emprise, même s'il ne détaille les éléments de gravité sur lesquels il se base :

« Mais je sais aussi que c'est pas facile pour elle d'aller chez son médecin parce que si elle vient trop souvent, lui il va monter en pression, il va devenir suspicieux, et ça peut aussi la mettre en difficulté. Au moins, voilà, je, je sais ce qu'il se passe, je surveille, et on en a parlé. [...] "Comment ça va avec votre mari ? Comment ça se passe à la maison ?". Ca, la question, je la pose. Et, pendant le confinement, je l'ai posée, en téléconsulte [...] Quand je lui ai dit "comment ça se passe à la maison ?" Elle a très bien compris la question ».

5.5. Certificat et signalement

Le certificat coups et blessures a été de nombreuses fois abordé autant pour l'importance qu'il peut avoir que pour les sources de questionnement et de peur qui lui sont associées.

Entretien 2 : *« les gens viennent parfois pour des certificats, des, des certificats par lequel "mon mari m'a..." Il faut que je fasse un certificat de violence ».*

Entretien 7 : *« c'était une dame pour qui j'avais fait un certificat de coups et blessures, qui s'était euh... qui avait subi un, vraiment un, beaucoup de violences physiques de la part de son compagnon, qui l'avait frappée, mordue, euh... donc elle avait des lésions, euh... corporelles assez importantes ».*

La notion de signalement est beaucoup moins fréquente ; elle apparaît chez le médecin de l'entretien 6 : *« J'avais dit que si j'apprenais qu'il relevait la main sur les gamins, euh... je faisais un signalement dans l'heure ; et il savent que je plaisante pas sur le sujet, donc euh ! »*

5.6. Gestion de l'urgence

Elle se résume pour les médecins à trouver un logement d'urgence, ce qui est souvent compromis pour eux du fait des horaires des structures, et signaler aux autorités judiciaires. Ce dernier point, abordé en 5.5, est plus rare. Néanmoins, on sent que cela fait partie de leur rôle, de leur pratique.

Entretien 1 : *« On a un petit peu survolé [...] C'était l'existence 24h-24 de structure d'hébergement d'urgences. Ca, on avait pas. Parce qu'évidemment quand on a une consultation comme ça, c'est toujours à 18h le vendredi soir ! »*

Entretien 7 : *« bien souvent, euh... moi ce que je finis par faire, c'est des fois de passer un coup de fil à la gendarmerie en disant "Bah écoutez, j'ai un certain nombre d'informations que je trouve préoccupantes par rapport à telle ou telle personne" euh... des fois on échange, on dit "Est ce que vous de votre côté, vous avez été sollicité ou pas par rapport à ça ?" Quand la personne est d'accord, on fait un recueil d'information préoccupante qu'on peut transmettre à la CRIP [cellule départementale de recueil des informations préoccupantes, ndla] par exemple ».*

5.7. Expliquer

Savoir expliquer revient, en partie, à savoir communiquer. Et cette notion de communication revient chez certains médecins.

Entretien 5 : *« Peut-être aussi lui mettre en exergue, en lumière ses choses. Lui montrer que ce n'est pas normal, que ça ne lui arrive pas qu'à lui, que ce n'est pas de sa faute, que voilà... »*

Entretien 10 : *« après je ne suis pas sûre de, voilà, de, mise à part être une écoute, euh... pour la personne et puis, lui expliquer que bah, c'est pas bien et qu'il n'a pas le droit ».*

5.8. Assurer les soins et accompagnateur

C'est un point fréquemment abordé. Mais pour les médecins, il s'agit rarement de soins ponctuels. Il s'agit plus que d'assurer les soins et de suivre le patient. Pour certains médecins, il s'agit de les accompagner dans leur reconstruction et leur protection.

Entretien 2 : *« Donc moi, je l'ai suivie à la fois pour son problème dépressif, pour son problème de réinsertion professionnelle, et pour la suivre sur le plan gyneco, bien que ce n'était pas de la gyneco pure [...] et puis, la soutenir dans son syndrome dépressif, ça je l'ai fait beaucoup. Et c'est plutôt pour ça qu'elle venait ».*

Entretien 4 : *« Dans le suicide, il faut pas laisser les gens seuls. Il faut faire le lien. En Addictologie, c'est la science du lien. Ce que le mauvais lien produit. Ou dans le suicide le mauvais lien avec la mort. Et ben, c'est exactement pareil ! Il y a un mauvais lien avec autrui donc il faut faire du lien éthique, du bon lien ».*

On voit donc comment au-delà de soins techniques, les médecins utilisent la relation de confiance comme un soin, la communication comme un outil de cette relation thérapeutique. Comme l'illustre aussi le médecin 1 :

« Puis, du renforcement positif. C'est-à-dire que dès qu'il y avait quelque chose de positif, "ah bah, ça tombe bien, vous vous entendez encore très bien avec vos enfants et vous avez des contacts..." , "Ah oui... Bah oui, oui, voilà". Donc ça, ça faisait énormément de bien [...] Même pratiquement à tous mes patients dès qu'ils ont un petit problème psychologique sous-jacent, que je veux induire un changement de traitement, de comportement, j'utilise l'entretien motivationnel ».

Mais ce lien thérapeutique ne s'arme pas que d'outils de communication, c'est aussi beaucoup de savoir-être, comme l'illustre le médecin de l'entretien 8, cité dans le paragraphe 3.11.

Le médecin n'est pas là pour une consultation, ou pour la période de crise mais pour accompagner. Il est ce qu'on peut appeler un pilier de la résilience de la victime. Rôle auquel le médecin généraliste n'est pas formé, qu'il investit parfois par nécessité, parfois par choix ; ou simplement parce qu'il estime que c'est justement son rôle que d'aider son patient à se débarrasser de ce qui provoque son mal, et de faire en sorte de soigner les séquelles de ce mal...

5.9. Communication et relation de confiance

Au travers des notions d'accueil, de dépistage et d'explications, c'est la communication qui est mise en exergue. Et la communication, nous l'avons vu plus haut, à travers les différentes étapes de la prise en charge, les médecins s'en servent pour faire du lien, du lien thérapeutique. Ainsi, le médecin de l'entretien 1 explique, à plusieurs reprises, comment et pourquoi il s'en sert :

« Si j'ai eu des formations par le groupe qualité en tant qu'animateur, on devait apprendre à parler aux gens. Alors j'étais un grand timide, je ne parlais à personne, et maintenant, je m'aperçois que mon métier c'est de parler ».

« Je pense qu'on devrait intégrer au cursus de manière systématique le... une formation sur les entretiens motivationnels. Après je peux la résumer en quelques mots : c'est empathie, répéter, reformuler, "hum hum", "d'accord"... Déjà si on fait ce genre de chose, et même si on parle pas, on a déjà fait notre boulot. Et euh... même si on l'impression d'être nul, en fait, on est très bon. [...] Les gens ne savent pas parler aux gens ; parler ça s'apprend ».

Et il n'est pas le seul.

Entretien 4, au sujet de l'entretien motivationnel : *« la première façon c'est, c'est de s'intéresser à l'autre, et de dire qu'est-ce qui anime son comportement. Racontez-moi ce qui se passe ! Qu'est-ce qui fait que vous n'arrivez pas à le changer ? Et c'est là, par ces entretiens là, je pense euh... que c'est*

le premier niveau entretien où on laisse la parole à l'autre. Parce qu'il y a que lui qui sait ce qui lui est arrivé à un moment. Nous, on va pas savoir. [...] C'est là que se joue... Parce qu'on est dans l'écoute bienveillante, avec le moins de jugement possible. [...] alors moi je dirais pas psychologie ! Euh... parce que, euh... si vous rentrez dans ces formations là, les visiteurs médicaux par exemple sont nettement meilleurs, mieux formés que nous. Ou tous les, tous les commerciaux sont mieux formés que nous, les médecins, et ils vendent des produits, et c'est de la communication du coup. C'est pas de la psychologie ! [...] C'est l'éthique de savoir comment on s'en sert : pour vendre des voitures ou on peut essayer d'aider quelqu'un sur un truc, sur son parcours de vie ».

Tous les deux nous expliquent que la communication est une compétence acquise au cours de formations. Elle est omniprésente, mais aussi omnipotente. Elle sert aussi bien à dépister, à accompagner le patient en situation de violence, qu'à assurer le suivi d'un patient dépressif ou alcoolique chronique. Elle permet à la relation médecin-malade d'être thérapeutique, avec pour soin, la communication. Même les médecins non formés en communication ont conscience de l'importance de cette compétence, nous l'avons vu dans la paragraphe 4.2.7.

5.10. Education

C'est un point de prévention abordé par certains médecins. Il s'agit de prendre le mal à sa racine pour certains, et de faciliter la libération de la parole des victimes pour d'autres.

Entretien 3 : « C'est-à-dire, aussi dans le préventif, quelque part. Devant quelqu'un d'un peu fragile, faire comme j'ai fait avec ma patiente, dire aux femmes "Enervez pas votre mari" et dire au mari "Vous savez que la violence c'est interdit" [...] Moi j'essaye de faire un petit peu quand j'ai l'occasion de voir des ados, j'essaye un petit peu... C'est de dire "Tu as des questions ? Est-ce que c'est clair pour toi ? Est-ce que tu... Il faut qu'il y ait consentement. Il faut que ce soit souhaité." »

Entretien 11 : « C'est peut-être faire des, des... des trimestres de comment dire de sensibilisation [...] Comme on le fait dans le cadre de la BPCO [Bronchopneumopathie chronique obstructive, ndla], qu'on va le faire dans le cadre [...] de l'utilisation des benzodiazépines, des inducteurs de sommeil, [...] On pourrait faire pareil euh... au sein de notre pôle de santé ».

Et finalement, au-delà de ces notions de gestion de l'urgence, prévention, coordination des soins, de communication, on voit une approche plus globale, centrée sur le patient se dessiner. Apparaissent ainsi pour parfaire ces compétences, les notions transversales de professionnalisme et d'approche centrée sur le patient.

5.11. Professionnalisme

Notion que nous avons déjà abordée au cours de la partie impact de la formation, et que nous détaillerons donc brièvement au travers différents points :

- éthique médical, comme en faisait part le médecin de l'entretien 4 en paragraphe 5.9 ;
- disponibilité : on avait déjà évoqué la disponibilité, dans le paragraphe 5.2 sur l'accueil et l'écoute. Le médecin de l'entretien 5 l'évoque également : « C'est ça savoir accueillir ce que l'autre est prêt à donner, tout ce qu'il est, tout ce qu'il donne » ;
- patience, comme décrit par l'entretien 8, en paragraphe 3.11. ;
- organisation, comme lors de l'entretien 1 : « Et puis que les choses peuvent se faire en plusieurs temps » ;
- confraternité :

5. ROLE MEDICAL

Entretien 5 : « être dans l'échange, mais c'est-à-dire que moi je vais les solliciter c'est-à-dire que, clac, si c'est moi qui ai dépisté, je vais solliciter, on va dire mes collègues sociaux ou judiciaire. Mais si euh... c'est eux qui détectent, qui dépistent, et qu'ils ont besoin d'un médecin, ben, c'est donnant-donnant ».

- connaître et poser ses limites :

Entretien 6 : « Et voilà, c'est pour ça que j'ai appris à poser des limites en disant : bah là non ! Je ne peux pas prendre ce cas complexe-là. Hélas non, ça va pas être possible. Je ne peux pas gérer cette situation-là. Ou, je ne peux pas gérer ça, parce que, ben, à un moment, moi aussi, à un moment, j'ai une famille à nourrir. Je peux pas faire que des consultations d'une heure. Euh... donc, euh... voilà, soit c'est géré par quelqu'un d'autre soit, c'est, ça attendra. Parce que c'est pas urgent ».

C'est une compétence large qui s'entrelace dans toutes les autres, mais qui parfois peut être source aussi de difficultés, notamment d'un point de vue déontologique, comme le montre la citation de l'entretien 11, exposée dans le paragraphe 2.1.13.

5.12. Approche centrée sur le patient

L'image que nous renvoient les médecins ici est loin d'un médecin tout puissant qui déciderait seul. Le médecin est à l'écoute du besoin du patient, pour évaluer avec lui les réponses les plus adaptées. Il accompagne le patient dans sa décision, quelle qu'elle soit, sans jugement, prévient au mieux les dangers, l'aide dans sa reconstruction. Le médecin de l'entretien 4 exposait cette idée dans la citation du paragraphe 3.10, tout comme le médecin de l'entretien 5 dans le paragraphe 3.11. Mais, derrière cette acceptation, il y a la conscience de l'absence de contrôle, qui peut parfois céder à un sentiment d'impuissance. Déconcertante et démotivante, cette impuissance est parfois vécue comme un frein, parfois au contraire comme une motivation à se former davantage, pour faire mieux encore...

Au final, derrière ce rôle médical complexe que les médecins généralistes nous décrivent, c'est aussi ce qu'est la relation soignant-soigné, la relation de confiance qu'ils nous font voir, telle qu'ils la vivent. A travers les freins qu'ils ressentent ou voient dans leur quotidien, c'est la difficulté de ce rôle qu'ils nous exposent et comment ils l'investissent. Par delà leur espoir de formation, c'est leur besoin pratique, pragmatique qu'ils font remonter.

Discussion

1. Evolution des freins

1.1. Freins au dépistage

Concernant les freins au dépistage et à la prise en charge, on voit qu'être formé diminue les freins socles. Le tabou, les préjugés, finalement tout le déni médical s'atténuent voire disparaissent.

1.1.1. Mentalité

En effet, même si aucune formation ne vient lever le refus d'aide, l'emprise, les motifs cachés, il semble que plus les médecins sont formés, plus ces freins sont identifiés comme des marqueurs de violence, et non source de jugements. Chez les plus formés (deux formations ou plus), ils sont vus comme des caractéristiques inhérentes avec lesquelles il faut composer.

Pour le tabou, certains médecins l'identifient comme une mentalité insolvable, quasi-irréductible, dépendante de notre société. Pourtant, chez les médecins les plus formés (deux formations ou plus), ce frein n'est pas retrouvé. Chez les médecins ayant suivi le colloque en présentiel, interprofessionnel, avec des experts, non plus. Cette formation étant la plus récente (quatre mois avant les entretiens), il y a peut-être un effet à court terme qui vient biaiser ce résultat. Mais, il est possible que le type et le nombre de formations contribuent à lever ce tabou.

On retrouve cette même observation avec le déni, qui ne semble se lever que chez les médecins les plus formés (deux formations ou plus), chez qui il n'est pas retrouvé ici. Chez les médecins ayant suivi une seule formation, quelle qu'elle soit, on constate au contraire que les freins précédemment cités viennent nourrir ce déni. Il faut rappeler qu'il dépend d'autres freins, sur lesquels les formations ont un rôle peut-être moindre. Et, même si le déni persiste, il semble beaucoup moins fort que dans des études faites il y a dix ans(20,21). Les médecins ont conscience que c'est un problème présent dans leur patientèle, parfois même fréquent. Mais cette prise de conscience est-elle entièrement due aux formations ou est-elle aidée par une évolution des mœurs depuis vingt ans ? Depuis les révélations de personnalités publiques comme Flavie Flament, les #BalanceTonPorc et #NousToutes, on voit la parole se libérer, les mœurs changer. Pourtant, Luc Frémot, ancien juge d'instruction et procureur de la République fait remarquer que « *l'opinion publique, en dépit de la prise de conscience récente, n'a pas encore saisi l'ampleur des ravages que provoquent les violences intrafamiliales.* »(35) Et on peut se demander s'il n'en est pas de même avec les médecins. Une évolution est présente, mais une part de déni persiste probablement.

Ces freins socles se levant, l'absence d'éléments physiquement constatables est moins source à remettre en question la parole de la victime. L'absence d'éléments physiques, comme des coups et blessures, est toujours vue comme limitant pour une prise en charge judiciaire, ou propre à rendre inefficace un certificat médical. Néanmoins, il n'est pas un frein pour une prise en charge médicale. Il ne s'ensuit pas de jugement avec un discrédit de la victime, ou de responsabilisation de cette dernière, qui

viendrait rompre la relation de confiance. Une prise en charge médicale peut s'amorcer. Cependant, malgré cet avis des médecins, l'absence de preuve, d'éléments physiques ne rend pas un certificat non avenu selon Luc Frémiot(35) :

« S'il est exact qu'il sera toujours plus complexe de démontrer la réalité du harcèlement ou des violences psychologiques que des violences physiques qui laissent des traces, constatées par photos ou par certificat médical, rappelons que tous les éléments de preuves sont recevables : témoignages de proches qui ont pu assister à la scène, observations de voisins, enregistrements, SMS, certificats de médecins ou de praticiens compétents pour attester un choc émotionnel ou psychologique de nature à perturber leur patiente, troubles du sommeil, cauchemars, perte d'appétit, état dépressif. Dans ce contexte, la résolution consistant à refuser une plainte ou à classer la procédure sans avoir procédé à une enquête approfondie correspond à un déni de justice ».

Le certificat avec l'analyse clinique du médecin a, au contraire, toute sa place. Il ne fait bien sûr pas le lien de causalité entre les violences déclarées et l'état clinique évalué par le médecin, qui sera tout l'enjeu de l'enquête, mais il est un élément de preuve de la souffrance de la victime. On voit donc ici que malgré l'évolution des freins socles, il persiste un manque de connaissances, notamment dans le domaine juridique, pour effectuer pleinement leur rôle et optimiser leurs prises en charge. Et ils en sont conscients, comme nous le verrons plus tard.

A part pour le tabou, c'est surtout le fait d'avoir suivi plusieurs formations qui semble permettre de se libérer de ces freins. Néanmoins, beaucoup ont suivi plusieurs formations en présentiel, avec des experts et parfois les membres du réseau local. Si la répétition des formations est importante, il n'est pas évident que le type de formation, comme pour le tabou, ne joue pas également un rôle. Dans tous les cas, il semble que via les formations, on arrive donc à un médecin qui est moins dans le jugement et plus à l'aise, ce qui lui permet de mieux identifier les victimes de violences et de construire une relation médecin-patient plus saine.

1.1.2. Malaise

Comme présumé, beaucoup des médecins interrogés se sentent plus à l'aise à la suite de la formation. Cette aisance est très fréquente chez les médecins ayant suivi une formation en présentiel, avec des experts et des intervenants pluriprofessionnels. Et, une nouvelle fois, chez les médecins les plus formés sur le thème des violences, il aurait tendance à disparaître ou à être lié à une difficulté à communiquer propre au médecin. On peut donc supposer que la formation sur le thème des violences peut venir briser des tabous et aider à lever le déni médical, ce qui permet au médecin de se sentir plus à l'aise ; ou simplement d'avoir plus de connaissances et donc d'être en terrain connu et plus à l'aise. Le type et le nombre de formations semblent avoir un impact sur l'aisance ressentie des médecins.

1.1.3. Difficulté de communication

On observe d'ailleurs que les médecins ayant suivi une formation spécifique en communication ressentent beaucoup moins, voire plus du tout de difficultés à communiquer. Ils insistent sur l'intérêt d'une formation, pas seulement en présentiel, mais avec une participation active, ou avec des techniques de communication. L'amélioration de la communication est un point fondamental pour eux, pour améliorer le dépistage et les prises en charge. C'est bien le type de formation qui est important ici. La difficulté de communication est un problème commun à d'autres types de prise en charge, comme celle des personnes précaires en règle générale. Ainsi, en 2015, le docteur Flye Sainte Marie mettait en avant que 55 % des médecins rapportaient des problèmes de communication avec leurs patients en situation de précarité(36). Apprendre aux médecins à mieux communiquer, c'est leur permettre de mieux prendre en charge bon nombre de leur patient, et pas seulement les victimes de violences. C'est un point d'amélioration qui peut être traité indépendamment des violences.

1.1.4. Manque de connaissance et de formation universitaire

Bien que le manque de connaissances théoriques soit peu rapporté par les médecins, on observe, au cours des entretiens, des difficultés à nommer certaines violences, comme le viol conjugal. Les médecins parmi les moins formés expriment des difficultés à distinguer violences conjugales et conflits sur le terrain. Il y a donc probablement des notions qui ne sont pas complètement intégrées. Malgré tout, on constate que tous les médecins interrogés ont des connaissances théoriques sur les violences. L'identification et le repérage sont d'ailleurs considérés comme améliorés par la formation, via l'apport de connaissances. Il y a donc un apport réel et ressenti de la formation en termes de connaissances, qui explique que les médecins expriment moins de manque théorique. Les médecins les plus formés exprimant moins ce frein par rapport aux médecins moins formés, la répétition des formations semble bénéfique. Ainsi, il semble que plus on se forme, plus on acquiert de connaissances, et plus les freins tombent. En effet, selon la revue de littérature des docteurs Zaher, Keogh et Ratnapalan(31) :

« La formation des médecins combinée à des interventions de soutien de la part du système, comme une sensibilisation accrue à la violence conjugale, des aide-mémoire pour l'identification des victimes et un meilleur accès à des services de soutien, semble avoir un effet bénéfique sur les victimes de violence conjugale et augmente le nombre de demandes de consultations auprès de ressources à l'intention de ces victimes ».

La notion de répétition est importante dans cette étude. Elle est appuyée ici aussi, tout comme l'importance de fiches récapitulatives pour pouvoir se référer et réviser, ou l'intérêt que le thème soit abordé dans les revues. Par ailleurs, nous le reverrons par la suite, l'apport de connaissances est davantage exprimé par les médecins ayant suivi des formations en présentiel, avec la présence d'experts et d'intervenants locaux. Le type de formation est probablement un point d'impact d'assimilation des connaissances.

Cependant, pour pallier ce manque, selon eux, il faudrait intégrer le thème des violences conjugales dans le cursus universitaire. Nous avons vu dans l'introduction que la formation au cours du deuxième cycle était variable selon les facultés, et que pour les internes de médecine générale, elle ne faisait pas l'objet de recommandations particulières. Pourtant, dans sa thèse, le docteur Chiron relève que *« pour beaucoup d'internes, la période de l'internat semblait le moment le plus opportun, en nuanciant cependant le moment du cursus pour la réaliser »*(25) et ajoute :

« En effet, plusieurs internes évoquaient la nécessité d'une formation précoce dès le deuxième cycle. Un interne émettait l'hypothèse d'une formation en continu durant le deuxième et troisième cycle. Ce souhait semblait partagé, comme le rapportait une étude de 2016, réalisée auprès des étudiants en médecine et étudiant la formation initiale des médecins généralistes à cette problématique. Ainsi, des recommandations de formation avait été proposées à partir de cette étude, dont la réalisation d'une formation sur la durée durant l'externat et l'internat et survenant de manière répétée »

faisant ainsi référence à la thèse de Dr Villeneuve Béatrice(37).

Les médecins généralistes installés et les internes s'accorderaient donc sur ce point. Il faut une formation universitaire dès l'externat et se prolongeant durant l'internat, afin d'inclure le dépistage et la prise en charge des violences dans la pratique. On notera également que la répétition des formations et les rappels semblent être des notions aussi importantes chez les internes que pour les médecins de notre étude, ce qui corrobore notre hypothèse.

1.1.5. Désintérêt

Le désintérêt pour le thème a été spontanément énoncé par certains médecins autant comme un frein au dépistage et à la prise en charge que comme un frein à la réalisation de formation. On voit que les médecins non intéressés ont tendance à moins réaliser de formations, à les suivre plutôt par

contrainte, parce qu'ils font partie d'un groupe, que par choix... C'est donc bien un frein aux formations.

Cependant, l'impact de la formation semble plus dépendante de la qualité de la formation suivie que de l'intérêt du médecin. En effet, l'intérêt du médecin pour le thème, n'implique pas forcément que les médecins suivent plus de formations ou que la formation comporte plus d'experts, d'intervenants pluriprofessionnels, même si c'est fréquent. Les bénéfices retirés ne sont pas forcément plus importants. En revanche, ici, les médecins qui ont suivi plusieurs formations, des formations avec échange de pratiques pluriprofessionnelles ou des colloques, en ont tiré plus de bénéfices, indépendamment de leur intérêt initial. Pour eux, l'impact est supérieur en cas de présence d'experts et d'intervenants pluriprofessionnels, notamment locaux. En somme, il semble qu'indépendamment de l'intérêt initial une formation, du format décrit ci-dessus, permettra d'améliorer les pratiques, de mieux se comprendre et de former une équipe. Mais, même s'il est cité comme un frein à la réalisation de dépistage et de prise en charge par les médecins, il est sans doute à relativiser. En effet, bien que contre-intuitif, il semblerait que l'absence d'intérêt ne soit pas nécessairement corrélée à un impact négatif de la formation, ni forcément à un impact moindre qu'un groupe intéressé. L'acquisition de compétences dépendrait davantage du format de la formation quel que soit le niveau d'intérêt initial. Le vrai problème de l'absence d'intérêt serait de ne pas réaliser de formation, d'en faire moins ou de ne pas les choisir et donc de se retrouver dans des formations dont le format est moins pertinent. Ce frein à la réalisation de formation fait d'ailleurs s'interroger les médecins, et est pour eux un frein présent chez leurs collègues non représentés ici. La question de l'obligation d'aborder certains thèmes lors de la FMC a été soulevée par les médecins, mais la réponse reste ambivalente. Il y a une volonté de garder une liberté de choix de formations pour que celles-ci correspondent à leurs besoins. Néanmoins, en parallèle, persiste l'idée que cela forcerait tout le monde à se former. Rendre les formations plus incitatives, motivantes était également une solution largement proposée. Si celle-ci nous semble judicieuse et nécessaire, force est de constater ici que l'obligation du thème Violence Intrafamiliale par les groupes qualifiés en 2020 a contribué à former plusieurs médecins(38).

Enfin, les médecins qui expriment spontanément un désintérêt ont en commun d'avoir des freins comme le malaise ou le tabou encore présents ; ces freins que nous avons identifiés comme définissant les mentalités. Et on peut se demander si ces dernières ne participent pas, par le tabou et le malaise, au désintérêt des médecins. Parce qu'ils éprouvent de la gêne vis-à-vis de ce thème, s'y intéresser est moins aisé. Cela reste une supposition, néanmoins si elle s'avère vraie, ce désintérêt pourrait alors être amoindri en même temps que le malaise et le tabou au fur et à mesure des formations. Et, si ces dernières mettent en avant le besoin du patient et l'intérêt de santé publique, peut-être la démotivation associée au désintérêt cédera-t-elle la place à la motivation !

1.1.6. Problème plus social et judiciaire

Si ce frein n'est pas retrouvé chez les médecins plus formés ou plus intéressés quels que soient le type ou le nombre de formations, il fait quelque peu écho à leur sentiment de gérer des choses en dehors de leur domaine de compétences (papiers, problèmes sociaux). Mais cela n'est pas décrit comme un frein. C'est le dysfonctionnement de la part sociale ou judiciaire qui va poser problème dans les prises en charge, nous en reparlerons au paragraphe 1.2.3. L'autre différence est que les médecins les plus formés et intéressés, n'ont pas de difficulté à percevoir leur rôle, contrairement à ceux qui expriment ce frein. Ces derniers définissent d'ailleurs plus pauvrement leur rôle. Nous le verrons en partie 4, mais, par exemple, l'accompagnement est souvent réduit à de l'orientation vers d'autres professionnels. On peut donc supposer que plus on se forme, plus l'impression que les violences conjugales sont un problème social ou judiciaire diminue. Malgré tout, il semble que l'intérêt porté à ce thème soit un élément important dans la capacité des médecins à percevoir pleinement leur rôle.

1.1.7. Routine

Revoir sa routine, c'est finalement aussi revoir ses priorités, et cela nécessite une remise en question complète de ce qui a forgé un exercice médical. Or, celui-ci dépend de la formation universitaire initiale. Les médecins ici sont unanimes, aucun n'avait été formé lors de son cursus. Et nous l'avons vu en introduction, ce n'est toujours pas une thématique très abordée durant le cursus universitaire. Il n'est donc pas étonnant que le dépistage systématique ne fasse pas partie de leur interrogatoire habituel, contrairement au tabac ou à l'alcool. Cette notion de routine, cette difficulté à prendre de nouvelles habitudes ou même à vouloir en changer est plus souvent sous-entendue qu'évoquée comme telle. En effet, elle cède souvent la place à la notion de priorité, qui est un choix apparemment conscient. Pourtant, une fois convaincu du bien fondé du dépistage systématique, une fois qu'apparaît la volonté de le réaliser, les médecins font part de la puissance de l'automatisme. Il n'est plus question de choix conscient. D'ailleurs, les médecins qui parviennent à réaliser un dépistage systématique sont ceux qui, après avoir suivi plusieurs formations, s'affranchissent du poids des mentalités, du tabou, du déni médical et sont conscients de l'enjeu de santé publique. Ces résultats font écho à ceux des docteurs McCluskey et Lovarini(39), qui concluaient en 2005 qu'une formation permettait d'élargir les connaissances et les compétences médicales, mais était insuffisante pour réaliser le dépistage systématique. Pour elles, les formations doivent être axées sur la mise en place de cette nouvelle routine, ce qui ne se fera de toute façon que progressivement. Changer de routine nécessite donc un apport de nouvelles connaissances pour permettre au médecin de remettre en question ses acquis et ses croyances. Une fois le problème devenu conscient, il pourra se défaire de ses automatismes pour en créer un autre. Il devra apprendre comment poser la question et être suffisamment à l'aise pour le faire. Et, pour ça, nous l'avons vu précédemment, avoir une formation avec des techniques de communication aide. C'est donc après plusieurs formations, et certaines de formats différents, que ce frein peut disparaître et venir se muer en une nouvelle routine : le dépistage systématique. La routine est un frein peu mis en évidence dans d'autres études probablement parce que les médecins n'en prennent conscience que lorsqu'ils décident d'un changement dans leur pratique, ce qui semble arriver progressivement au fil des formations.

1.1.8. Boucle de surcharge de travail, désintérêt et priorité

Chez les médecins ayant suivis plusieurs formations et/ou ayant un intérêt spontané pour le thème, la surcharge de travail ne vient pas gommer le dépistage des violences de la liste des priorités ; il en fait parti comme les drogues, l'alcool ou un autre antécédent, parce qu'ils sont convaincus de l'impact sur la santé des violences. Il y a une conscience de l'enjeu médical. Comme l'idée que le problème serait plus social ou judiciaire, c'est la conscience progressive du rôle médical, qui vient au fil des formations, qui permet à ces freins de diminuer. On peut même avancer l'idée que ce sont les formations qui, en montrant le rôle médical à jouer, font naître l'intérêt.

Cette boucle de freins est commune aux freins à la formation. Cela s'explique facilement par le fait que lorsque le déni est assez fort, avec une conviction que le problème n'est pas vraiment médical, on ne peut pas ressentir de besoin à se former, ou du moins, cela n'est pas une priorité. Néanmoins, à partir du moment où le médecin ressent un besoin de se former (souvent vis-à-vis de ses patients), cela vient bouleverser ses priorités. D'ailleurs pour beaucoup d'entre eux, la priorité de formation et de dépistage est définie par le besoin du patient. Même si la surcharge de travail persiste, même si le médecin ne ressent pas spécialement d'intérêt personnel pour le sujet, à partir du moment où un besoin est ressenti dans la patientèle, cela devient une priorité de se former pour pouvoir y répondre.

Ce qui vient bouleverser le plus ce schéma, c'est le besoin du patient et l'enjeu de santé publique. De même, si le médecin s'est senti impuissant ou insatisfait dans une prise en charge, cela devient une priorité de se former. Convaincre les médecins de l'enjeu de santé publique, de l'utilité pour leurs patients est un point indispensable pour qu'ils changent leur pratique, et que le dépistage des violences deviennent une priorité. Premièrement parce qu'ils en comprendront l'intérêt, ce qui sera source de

motivation, mais aussi parce que cela les poussera à faire des formations, et pas une seule.

1.1.9. Difficulté d'identification

Cette difficulté d'identification est la résultante de beaucoup de freins socles, si ce n'est tous. Il n'est donc pas étonnant qu'elle semble plus fréquente et importante chez les médecins n'ayant suivi qu'une formation, quelle qu'elle soit. En parallèle, elle aurait tendance à disparaître chez les médecins en ayant suivi plusieurs, ce qui laisse supposer que le nombre de formations aurait un effet positif sur la difficulté d'identification. Un effet du type de formation est plus difficile à mettre en évidence. Néanmoins, la difficulté à identifier étant liée en partie aux manques de connaissances, de formations initiales et à l'absence de routine, on peut imaginer que, comme celles-ci, une formation avec des experts, des intervenants pluriprofessionnels et une participation active permettrait d'aider à lever ce frein. Ce qui concorderait d'ailleurs avec la revue de littérature des docteurs Zaher, Keogh et Ratnapalan, qui met en avant que certains types de formation permettraient une augmentation du repérage, du dépistage, et une amélioration des prises en charge(31) :

« La formation des médecins combinée à des interventions de soutien de la part du système, comme une sensibilisation accrue à la violence conjugale, des aide-mémoire pour l'identification des victimes et un meilleur accès à des services de soutien, semble avoir un effet bénéfique sur les victimes de violence conjugale et augmente le nombre de demandes de consultations auprès de ressources à l'intention de ces victimes ».

On peut donc supposer la figure 4.

1.1.10. Peur de l'erreur

Contrairement aux autres freins, ni le fait d'avoir suivi une ou plusieurs formations, ni le type de formations, ne semblent diminuer la peur de l'erreur qu'ont les médecins. Il faut dire qu'il est un frein au dépistage et à la prise en charge. Or, ici, les médecins les plus formés sont ceux réalisant des prises en charge plus fréquentes. Il est donc normal qu'ils aient peur des conséquences de leur pratique, contrairement à ceux qui ne le font pas ou rarement, ou qu'ils aient des mauvaises expériences venant alimenter ces peurs. On ne peut pas pour autant dire qu'aucune formation n'a d'impact sur ce frein. Il est possible que les différents types de formations suivies ici ne convenaient pas. En effet, certains médecins suggèrent qu'une formation basée sur l'apprentissage à partir d'erreurs, faite avec des professionnels impliqués (juges, procureurs, avocats, professionnels du milieu social), un type *case report*, serait plus adapté que de la théorie ou de l'échange entre pairs. Elle permettrait une amélioration des pratiques, et peut-être d'avoir moins peur de se mettre en difficulté en dépistant.

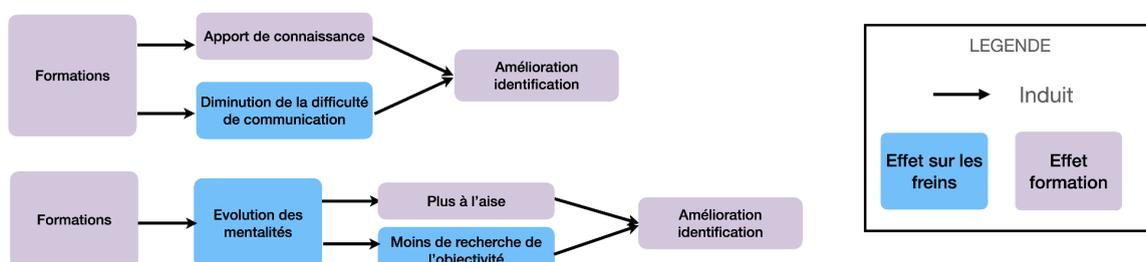


Figure 4 : Effet de la formation sur les freins

1.1.11. Impuissance

Même si chez beaucoup de médecins le sentiment d'impuissance fait suite à la prise en charge, il peut également venir de difficultés d'identification, de dépistage et une mauvaise perception du rôle médical. C'est une résultante de l'ensemble des freins socles qui peut être présente précocement chez les médecins ayant suivi une seule formation, surtout s'ils perçoivent mal leur rôle et ont peu d'intérêt. Chez les médecins peu formés mais intéressés, ce qui est exprimé est davantage une incompréhension des situations ou du patient. Chez eux, comme chez les médecins en ayant eu plusieurs, le sentiment d'impuissance apparaît plus tardivement. Il fait suite aux difficultés des prises en charge.

Il semble donc que ce frein soit lié au nombre de formations, mais également à la capacité à voir et accepter son rôle. Et pour cela, il faut que le désintérêt et l'absence de priorité se muent en une conscience de l'enjeu de santé publique. Le contenu de la formation, et peut-être même son format comme nous l'avons vu précédemment, serait donc important pour limiter cette résultante.

1.1.12. Rupture de la relation de confiance

Il s'agit d'une observation que nous avons faite, et non d'une expression des médecins. Néanmoins, lorsque les médecins expriment un jugement défavorable envers le patient, qu'ils remettent en question la parole de la victime suite à une absence de preuve clinique ou qu'ils responsabilisent la victime, ils mettent à mal leur relation avec le patient. Celle-ci n'existe que dans une confiance et un respect réciproque. Si le médecin n'a pas confiance en son patient, s'il ne le respecte pas, il rompt la relation. Or de cette relation de confiance dépend beaucoup de choses comme la réalisation du dépistage. Ce point est mis en évidence dans la thèse des docteurs Vignocan et Monti, en 2016(40) : c'est parce qu'il y a cette relation de confiance que les victimes se sentent capables de se dévoiler. Et cette relation de confiance est aussi thérapeutique, comme nous l'avons vu dans les paragraphes 3.10 et 3.11 du chapitre Résultats, et comme nous en discuterons plus loin. Il est donc important que la formation participe à l'évolution des mentalités pour faire tomber les préjugés et le déni qui nuisent autant au dépistage des violences qu'aux soins qui devraient en découler.

Au total des freins au dépistage :

- l'absence de dépistage semble donc dépendre du type de formation ; les formations avec participation active, présence d'experts et intervenants pluriprofessionnels devant permettre d'améliorer les connaissances sur ce thème, la communication, et peut-être faire évoluer les mentalités médicales ;
- le nombre de formations et la répétition de l'information apparaissent être des éléments tout aussi cruciaux pour se libérer de l'ensemble des freins. Elles permettent l'amélioration des connaissances, et une prise de conscience de l'enjeu médical, et donc du rôle médical à jouer. La remise en question de l'exercice médical, des idées reçues jusqu'à la routine, peut alors s'opérer. Ce n'est qu'alors que de nouvelles habitudes peuvent se prendre, et qu'un dépistage systématique peut s'imposer ;
- la peur de l'erreur reste en revanche présente, gênant autant le dépistage que les prises en charge sans que les formations actuelles n'aient l'air d'avoir d'emprise sur elle. Cependant, on peut espérer qu'un autre format, type *case report* avec les personnes impliquées, puisse diminuer ce frein ;
- l'absence d'intérêt est autant un frein au dépistage et à la prise en charge qu'une limite parfois à l'analyse des données. Nous y reviendrons plus loin.

1.2. Freins à la prise en charge

1.2.1. Méconnaissance du réseau

Les médecins qui n'éprouvent pas ce frein sont ceux qui ont suivi plusieurs formations, une formation avec des membres de leur réseau local et/ou reçu une plaquette fiche contact lors de leur formation. On peut donc supposer que le nombre de formations, le type (locale, pluriprofessionnelle) sont des facteurs permettant de lever ce frein. De même, il semblerait qu'une plaquette de contact distribuée lors d'une formation soit une aide pour contrer ce manque de connaissance pratique. Cette hypothèse fait écho à celle faite précédemment concernant le manque de connaissances. Là aussi l'observation des docteurs Zaher, Keogh et Ratnapalan semble concorder⁽³¹⁾ :

« La formation des médecins combinée à des interventions de soutien de la part du système, comme une sensibilisation accrue à la violence conjugale, des aide-mémoire pour l'identification des victimes et un meilleur accès à des services de soutien, semble avoir un effet bénéfique sur les victimes de violence conjugale et augmente le nombre de demandes de consultations auprès de ressources à l'intention de ces victimes ».

1.2.2. Difficulté d'accès au réseau

Cette difficulté d'accès au réseau, présente chez de nombreux médecins quels que soient le nombre ou le type de formations qu'ils ont suivies, est sous-tendue par de multiples freins : ruralité, méconnaissance du réseau, horaires inadaptés, lourdeur administrative, manque de professionnels et surcharge de travail pouvant être liée au Covid... Le tout induit un surmenage et une perte de temps. Cette analyse du terrain, les médecins généralistes ne sont pas les seuls à la faire. L'ancien juge d'instruction et procureur de la République Luc Frémiot l'évoque également au sujet de l'évolution de l'ordonnance de protection en urgence⁽³⁵⁾ :

« On peut gloser à l'infini sur l'ineptie administrative, qui a préféré laisser à l'imagination des avocats et victimes le soin de trouver un huissier disponible dans ce délai drastique, tout cela en laissant de côté les samedis, les dimanches, et autres jours fériés [...] la déconnexion avec le monde réel des tribunaux frise la perversion ».

Au-delà de la critique d'un décret, en cours de modification, l'indisponibilité de certains professionnels, l'inadaptation des horaires et la lourdeur administrative font tristement écho au constat des médecins. Constat que Luc Frémiot fait d'ailleurs tout au long de son livre. L'ensemble des freins dont découle l'inaccessibilité du réseau ne semblent pas dépendre de la formation sauf, bien sûr, le manque de connaissance lui-même. La formation pourrait diminuer le sentiment de manquer de réseau qui amène à se sentir isolé mais cela reste une supposition. Les médecins suggèrent également qu'une formation avec la présence d'intervenants locaux permettrait de donner une facilité d'accès : compte-rendu, plateforme d'échange, le bon numéro... Sans parler de ces outils de communication, c'est parfois simplement le lien qu'ils mettent en avant : parce qu'on connaît la personne, on se rend plus facilement disponible. Une amélioration de ce frein par les formations, notamment par celles d'un certain format, semble malgré tout à espérer.

1.2.3. Difficulté de communication avec le réseau

Même si l'indisponibilité du réseau en est principalement la source, les médecins dénoncent aussi un refus de communication et une absence de retour des services sociaux et du système judiciaire. Cette absence de communication, évoquée par les médecins quels que soient le nombre ou le type de formation, amène une incompréhension des décisions prises : absence de condamnation des auteurs, absence de protection des victimes de violences, et dont il s'en suit un jugement sans indulgence. Le réseau social et judiciaire est considéré comme inefficace ou négligeant, quand ce n'est pas les deux.

1. EVOLUTION DES FREINS

Mais le système social et le système judiciaire ne sont pas les seuls à être remis en question. La crédibilité de la victime l'est aussi parfois. La qualité du travail médical également, soulevant pléthore d'interrogations sur le certificat médical et sur le signalement, est la principale source de peur, de peur de l'erreur, de peur de mal-faire des médecins, et sur laquelle ils n'ont, en effet, aucun retour. Pour pallier cette absence de communication, certains médecins proposent de discuter avec les interlocuteurs locaux concernés sur des cas concrets, une forme de *case report*, pour améliorer ces prises en charge et la coordination des soins. C'est aussi un autre moyen de faire du lien, d'apprendre à se connaître, de comprendre les limites des lois et de leur application aussi parfois... Mais ce ne sont pas les seules solutions envisagées. Les outils de communications cités plus haut doivent venir pallier ce frein et rompre l'isolement qui en découle. Ici, les fiches contact, comme nous l'avons d'ailleurs observé dans la revue de littérature des docteurs Zaher, Keogh et Ratnapalan(31), sont des outils jugés efficaces lorsqu'ils sont combinés à d'autres formats d'interventions. La plupart des médecins qui l'ont reçue ici, s'en souviennent et l'ont encore avec eux. En revanche, un dépliant seul (comprenant fiches contact et récapitulative) ne saurait avoir autant de bénéfice qu'une formation. La thèse du docteur Bigot montre que s'il a un impact sur le plan affectif et cognitif, sur le plan des connaissances, un dépliant n'a que peu d'effet sur la pratique(30).

Parmi les autres outils pouvant améliorer la communication, aucun n'a parlé de cartographie en ligne telle qu'elle est en train de se faire pour la Normandie sur les sites Arrêtons les violences et Déclat Violence(15,16). Les bénéfices de ce site ont pourtant été prouvés par le docteur Malanche dans sa thèse(28). Mais ces sites souffrent probablement d'un manque de communication eux-même. Peu de médecins se souvenaient du dispositif ENVOL, mais certains ont évoqué leurs partenaires des UMJ. Enfin, un numéro unique, ou au moins une plateforme d'échange privilégiée entre professionnels étaient envisagés pour fluidifier les échanges. Derrière le numéro unique, il y a eu également l'idée émise d'un référent. Reste à savoir qui est référent de la situation d'une personne victime de violence : un médecin, une assistante-sociale, une association ou bien un centre ?

Au final, c'est un nouveau format de formation qui est proposé par les médecins pour améliorer la difficulté d'accès et le manque de communication avec le réseau, ainsi que des outils de communication. Ces propositions pourraient également améliorer des connaissances légales et sociales des médecins, lacunes précédemment pointées du doigt. On pourrait en espérer une amélioration des résultantes : isolement, impuissance, perte de confiance dans les institutions, absence de libération de la parole et ambivalence.

1.2.4. Dévalorisation médicale

La dévalorisation de la médecine générale n'avait pas été abordée dans d'autres études sur les violences conjugales. Ici, elle est pointée du doigt par différents médecins, quels que soient le nombre et le type de formations suivies. Le manque de respect, de considération de leurs interlocuteurs médicaux, judiciaires ou du milieu social est une des problématiques relevées que les propositions de rencontres interprofessionnelles pourraient aider à améliorer. En effet, il s'agit souvent d'un sentiment émergeant de l'absence de retour ou d'une mauvaise communication avec les interlocuteurs.

En revanche l'absence de cotation adaptée à ces situations complexes, nécessitant de la patience et des consultations longues, ne voit qu'une seule solution : la création d'un système de cotation. Au même titre que l'on a créé des cotations pour les consultations de patients souffrant de troubles neurodégénératifs ou du suivi de l'enfant, il faut une cotation adaptée au suivi de personnes victimes de violences. Il s'agit derrière de reconnaître la compétence des médecins dans ce domaine, le temps passé à effectuer ces soins qui n'est pas de l'ordre des quinze à vingt minutes habituelles, et que ce suivi ne peut être évalué à vingt-cinq euros l'acte. Car c'est aussi une revalorisation financière que réclament les médecins généralistes : une rémunération adaptée au temps passé et aux qualifications requises. Pour eux, la reconnaissance ne peut passer sans revalorisation!(41) Malheureusement, bien que grande cause de plusieurs quinquennats, les violences faites aux femmes, et notamment les violences

conjugales qui nous intéressent ici, ne semblent pas avoir été abordées lors des précédents Ségur de la santé. Ainsi, Olivier Véran, alors ministre de la santé, concluait en 2021 : « *La médecine de ville aussi a son "Ségur", avec un accord majoritaire signé par les syndicats libéraux, qui valorise mieux les soins au domicile des personnes âgées, soutient la psychiatrie, la pédiatrie, l'accès aux soins, le virage numérique* »(42). S'en est suivi une revalorisation des visites à domicile pour les personnes âgées par exemple, mais aucune part de ce budget n'a été allouée à la prise en charge médicale des victimes de violences conjugales, la problématique n'ayant pas été abordée. Et, en novembre 2018, le Conseil économique, social et environnemental, le Haut conseil pour l'égalité, la Fondation des femmes, le Fonds pour les femmes en Méditerranée et Women's Worldwide Web ont publié un rapport intitulé « *Où est l'argent contre les violences faites aux femmes ?* »(43) Ils estimaient qu'environ 79 millions d'euros du budget du ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes étaient destinés à la prise en charge des victimes de violences, somme jugée insuffisante. Selon eux, le besoin financier minimum pour une prise en charge de qualité des femmes victimes de violences conjugales était d'environ 506 millions d'euros dans l'hypothèse la plus basse, et de 1,1 milliard d'euros dans l'hypothèse la plus haute. En regardant ce rapport, on constate que dans cette estimation la part allouée au personnel médical ne considère que leur formation, dont le coût total s'élèverait à 6,6 millions d'euros. Il n'est pas question du coût de la prise en charge médicale par les médecins. Pour 2022, le budget du ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes a connu une augmentation de 9 millions d'euros, portant son budget à 50,6 millions d'euros(44). Ces moyens supplémentaires ont pour objectif :

- de consolider les dispositifs de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, notamment l'extension des horaires du numéro 3919 et le renforcement des moyens des associations sur l'ensemble du territoire ;
- de développer des dispositifs adaptés pour l'insertion économique des femmes ;
- de renforcer l'accompagnement des parcours de sortie de la prostitution.

En imaginant que l'ensemble de ce budget va à la lutte contre les violences faites aux femmes, il reste malgré tout dix fois trop faible par rapport aux besoins évalués par les associations. Et ce besoin n'inclut les médecins que pour leurs formations. Les moyens alloués au secteur médical pour la prise en charge des victimes, si jamais ils ont été pris en compte, ce qui ne paraît pas être le cas, semblent largement insuffisants comparés aux attentes et aux besoins des médecins. En revanche, on peut penser que les moyens déployés permettront d'améliorer le tissu associatif et les infrastructures d'accueil d'urgences. On peut espérer, à défaut, une meilleure disponibilité du réseau, et une diminution des freins ressentis par les médecins.

1.2.5. Impuissance

Même si ce frein est assez constant, on le retrouve plus tardivement chez les médecins ayant suivi plusieurs formations ou le colloque. Il est surtout lié à l'indisponibilité du réseau, le défaut de communication, l'isolement, l'insatisfaction des prises en charges. C'est finalement une perte de confiance dans le rôle médical, en soi, dans le réseau ; une perte de confiance globale qui s'opère. Le sentiment d'impuissance agit directement sur le dépistage car il nuit à la libération de la parole. Mais il impacte également les acquis de la formation, en diminuant le lien de confiance interprofessionnel et le sentiment personnel d'être à l'aise. En tant que résultante de l'ensemble des freins, on peut supposer que l'impuissance sera améliorée par une formation basée sur l'échange entre différents intervenants du réseau autour de cas concrets, voire de *case report*. Nous verrons d'ailleurs plus loin comment une formation sur l'entretien motivationnel peut améliorer ce sentiment. En revanche, le nombre de formations semble à ce stade avoir peu d'effet.

1.2.6. Isolement

Ce sentiment est moins présent chez les médecins ayant fait au moins une formation pluriprofessionnelle avec experts et interlocuteurs locaux, et qui savent comment retrouver leurs interlocuteurs (fiche contact et internet). On peut donc supposer qu'une formation permettant de connaître et de rencontrer son réseau, et la distribution de fiche contact participent à lever le sentiment d'isolement, comme nous l'avons vu précédemment pour la communication au sein du réseau. Le format de la formation semble donc essentiel. En revanche, le nombre de formations suivies semble peu importer, ce sentiment perdurant indépendamment.

1.2.7. Perte de confiance

Comme ce frein résulte de la difficulté de communication avec le réseau et du sentiment de dévalorisation, on peut escompter qu'une formation permettant un échange entre membres du réseau permettrait de nouer des liens et d'améliorer la coordination des soins.

1.2.8. Absence de libération de la parole et ambivalence

Quoique citée par un seul médecin, cette résultante de l'ensemble des problématiques évoquées au-dessus fait écho à l'ambivalence que nous avons retrouvée dans bien des entretiens. Quels que soient le nombre et le type de formations, ce qui transparait est une ambivalence vis-à-vis de ces prises en charge et des formations. Une forme de dépit, entre impuissance, dévalorisation et isolement, qui vient brider la parole. Celle des médecins d'abord, parce qu'à quoi bon dépister ce que l'on prendra tant de temps à mal faire ? Ou pourquoi dépister et faire un certificat qui n'aboutira à aucune condamnation de l'auteur des violences et aucune protection de la victime ? Mais, par voie de conséquence, c'est aussi la parole des victimes qui est bridée. Autant parce que les médecins continueront de peu dépister que parce qu'elles aussi manquent de confiance dans le système. Pour Luc Frémot, auteur de « Non assistance à femmes en danger »(35) :

« Le fondement de cette désaffection est tout autre, il signe la rupture du pacte social qui lie le citoyen à l'Etat dans son obligation de sécurité. Les Français n'ont plus confiance en leur police, en leur justice ainsi qu'en les hommes politiques qui les représentent et dans lesquels ils ne se reconnaissent plus. Le développement des réseaux sociaux s'inscrit dans le même sentiment général d'abandon, ressenti par la plupart d'entre nous [...] l'organisation du grenelle n'est rien d'autre qu'une réaction à la mobilisation spontanée de l'opinion publique plutôt qu'à la prise de conscience objective d'un fait de société inacceptable : le féminicide ».

Profession différente, mais même constat : l'inefficacité à protéger entraîne une perte de confiance massive de la population envers le système de défense et l'État qui n'aurait pas conscience de l'ampleur du problème. Néanmoins, pour lui, cela n'entraîne pas un verrouillage complet de la parole, mais des victimes qui se détournent des institutions. C'est sur les réseaux sociaux, via les hashtags que les victimes racontent, mais pour quelles conséquences ? Cette ambivalence des médecins est propre à nourrir leurs freins, à créer une désaffection. Non parce qu'ils pensent que ce n'est pas leur rôle d'intervenir, mais parce qu'ils ont le sentiment que leur intervention est inefficace, et qu'ils ne seront pas écoutés. Il est donc indispensable que les formations permettent de déliter le problème dès son fondement (inaccessibilité du réseau, problèmes de communication, incompréhension...) en restaurant du lien. Du lien humain et de qualité, propre à rétablir une relation de confiance indispensable à la bonne coordination des soins. Qu'il s'agisse de petit-fours ou de discussion autour de situations problématiques, il est important de réunir les professionnels locaux impliqués pour qu'ils trouvent des solutions ensemble sous l'œil d'experts pour les guider.

2. Impact de la formation

L'impact de la formation est résumé sous forme de schéma en fin de discussion sur les figures 13 et 14, mais chaque point est détaillé dans les paragraphes suivants.

2.1. Apport de connaissances

Les rares médecins à déclarer ne pas avoir de nouvelles connaissances sont ceux ayant participé à un groupe qualité, en l'absence d'expert et d'intervenants d'autres professions. Certains d'entre eux n'éprouvent pas d'intérêt pour le thème. Cependant, d'autres médecins n'éprouvant pas d'intérêt non plus ont acquis des connaissances dans d'autres formations. On peut donc supposer que l'acquisition de connaissance dépend davantage du type de formation ; un format avec des experts et des intervenants pluriprofessionnels semble donc permettre d'acquérir plus de connaissances qu'un échange de pratique exclusif, entre médecins généralistes. Par ailleurs, contrairement à ceux n'en ayant fait qu'une, les médecins ayant suivi plusieurs formations ont tous acquis du savoir. On peut également supposer que la répétition des formations permettrait d'acquérir plus de connaissances, comme nous l'avions discuté au paragraphe 1.1.4 avec les auteurs Zaher, Keogh et Ratnapalan(31), et le docteur Chiron(25). Ce qui est intéressant c'est que nos données sont concordantes, et que l'acquisition de connaissances semble indépendante de l'intérêt initial du médecin.

2.2. Repérage et identification

Après la formation, la plupart des médecins, qu'ils aient suivi une ou plusieurs formations, se sentent plus capables de repérer les victimes des violences. Les rares médecins à n'avoir pas remarqué de changement sont sensiblement les mêmes que ci-dessus. L'un d'eux a, cette fois, suivi un groupe qualité avec des experts. Ils n'éprouvent pas d'intérêt pour le thème. Une seule formation semble suffire pour améliorer la capacité de repérage. Cependant, la difficulté d'identification ne disparaissant que chez les médecins les plus formés, il est probable que répéter les formations soit profitable. Ce que les docteurs Zaher, Keogh & Ratnapalan expliquaient, en 2014, dans leur méta-analyse(31) :

« L'identification et la prise en charge de la violence conjugale n'est pas un processus en une seule étape ; l'identification en elle-même peut avoir des conséquences multiples et complexes, comme la recherche d'un refuge pour la victime, les arrangements pour les enfants et parfois même, trouver de l'aide pour l'abuseur. L'identification et la prise en charge de la violence conjugale peuvent être une expérience émotionnelle non seulement pour la patiente mais aussi pour le professionnel ».

Ils rappellent que « certaine études préconisent plus qu'une brève intervention pour améliorer les capacités des médecins à identifier et à prendre en charge les cas de violence conjugale » comme celle des docteurs McCluskey et Lovarini en 2005(39). Si un apport de connaissances est mis en avant via la formation, les auteurs précisent que pour adopter un changement comportemental, notamment en matière de dépistage, plusieurs interventions sont préférables, notamment des interventions aidant à établir de nouvelles routines.

Ici aussi, le type de formation paraît jouer un rôle. Les formations avec présence d'experts et d'intervenants pluriprofessionnels semblent plus efficaces pour repérer que les groupes qualités sans expert et intervenants, comme nous l'avons vu précédemment. En revanche, ne pas avoir d'intérêt pour le thème semble dès ce stade poser problème puisque la plus grande part d'entre eux ne sont pas capable de repérer. Néanmoins, c'est parce qu'ils n'éprouvaient pas d'intérêt pour le thème qu'ils se sont retrouvés dans des formations non choisies, sans expert ou autres intervenants. Il est donc difficile de dire si l'intérêt est indispensable, surtout que certaines personnes dans la même situation (absence d'intérêt) déclarent mieux repérer. On peut néanmoins déjà supposer la figure 5.

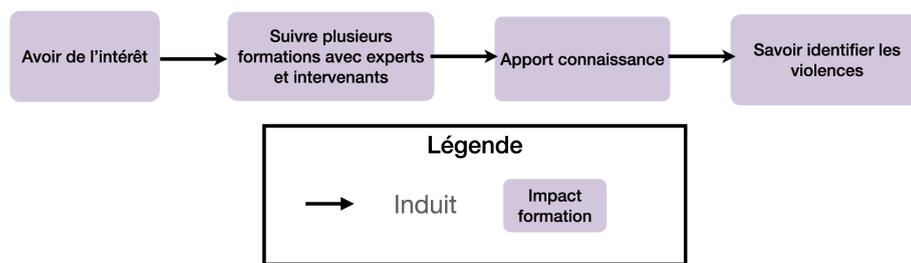


Figure 5 : Impact formation 1

2.3. Dépistage au cas par cas

Au cours des entretiens, les médecins déclarant plus dépister depuis les formations lorsqu'ils ont repéré en amont, sont plutôt ceux ayant bénéficié de plusieurs formations ou de formations avec experts et intervenants. Ceux n'ayant pas observé d'amélioration de leur dépistage n'ont fait qu'une seule formation. Peu ont bénéficié d'experts, et certains expriment un désintérêt pour le thème, d'autres un intérêt. Mais ce sont les mêmes médecins qui dans les freins manifestent un manque de connaissance théorique et un besoin de fiches récapitulatives et de fiches de conduite à tenir. Il semble donc que pour pouvoir améliorer le dépistage, au moins au cas par cas, avoir suivi une formation en présentiel avec des experts et des intervenants pluriprofessionnels est préférable à une formation en distanciel ou sans expert. Tout comme il semble utile de les répéter. On peut aussi se poser la question si les fiches récapitulatives demandées auraient un effet bénéfique, et supposer la figure 6.

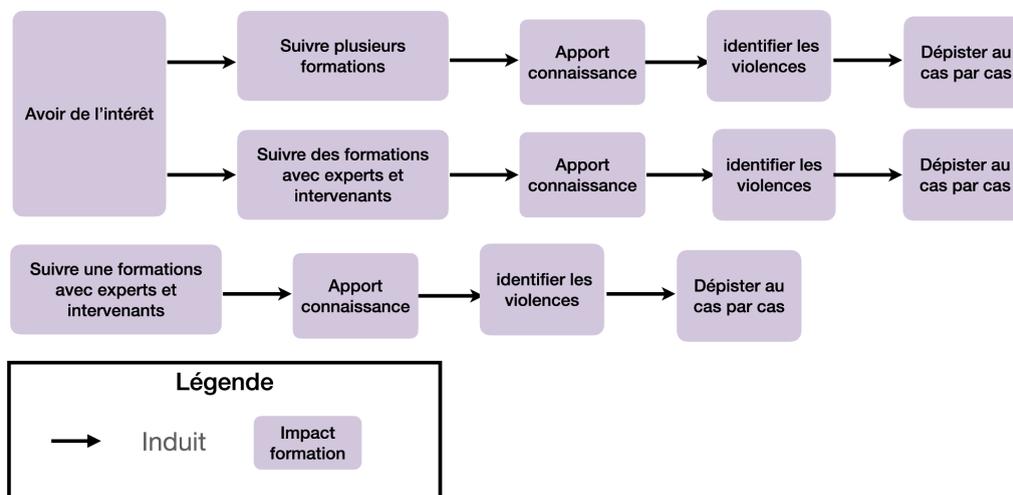


Figure 6 : Impact formation 2

2.4. Dépistage systématique

Très peu de médecins déclarent avoir acquis cette compétence. Certains cherchent à la mettre en place ; ces derniers ont fait plusieurs formations. Ils éprouvent, pour la plupart, un intérêt spontané pour le thème, même si l'un d'entre eux évoque en priorité le besoin du patient. Par ailleurs, on voit que

ces médecins s'engagent vers un chemin où ils deviennent formateurs sur ce thème à un moment donné, ou participent à créer une formation. Ils ont un souci d'amélioration des compétences médicales en général, voire sur le thème en particulier. Pour eux, les violences conjugales sont un enjeu de santé publique. Enfin, on voit qu'ils n'ont pas seulement acquis la compétence de dépistage, mais toutes les compétences de ce qui peut faire leur rôle dans ces prises en charge. En parallèle, certains médecins qui ne dépistent pas systématiquement ont acquis d'autres compétences, parfois jusqu'à accompagner les victimes. On peut donc se demander si dépister systématiquement n'est pas la dernière compétence acquise, justement parce qu'il faut être sûr de ses autres compétences avant, convaincu de l'intérêt de santé publique, être à l'aise et avoir appris à le faire, éventuellement au cours de formations spécifiques. On peut supposer la figure 7.

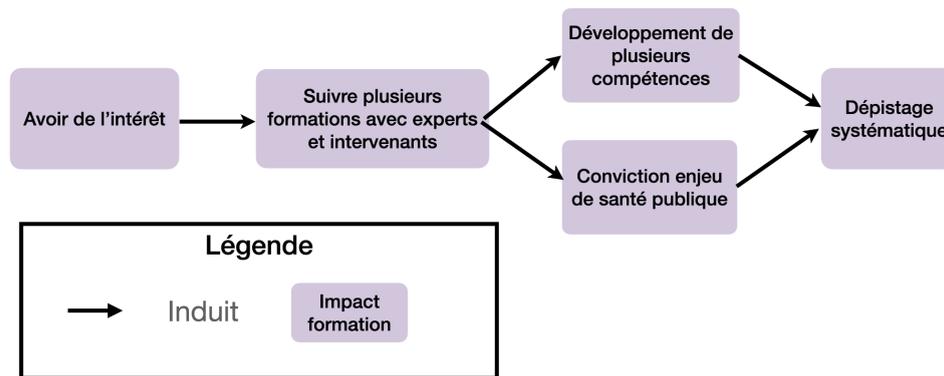


Figure 7 : Impact formation 3

Pour les moins formés, une question persiste encore : est-ce vraiment une compétence à acquérir ? Est-il souhaitable de pratiquer un dépistage systématique ? Dans sa thèse « Repérage et prise en charge des victimes de violences : identification des besoins et actions menées dans la Manche », le docteur Ambert montrait que 66 % des médecins interrogés étaient contre(19). Si après des formations, le dépistage systématique semble moins remis en question, sa pertinence interroge encore un peu. Pour y répondre, nous n'essaierons pas de voir si les médecins considèrent qu'il s'agit de leur rôle, ni ce que les victimes en pensent car cela ne fait pas l'unanimité. En revanche, ce qui est intéressant c'est de voir que dépister activement et systématiquement permet un repérage bien plus important des femmes victimes de violences selon le docteur Olalla Janeiro. Elle conclut, dans sa thèse, qu'un dépistage actif, incluant de poser des questions à la patiente, est plus efficace qu'un dépistage passif reposant sur les affiches(58). Les conclusions du docteur Bolot en 2011 sont assez similaires. Dans sa thèse, l'utilisation d'un outil d'aide au dépistage systématique, le WAST (*woman abuse screening tool* : outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes), avait permis d'identifier 28,9 % de patients comme victimes par les médecins généralistes(45). A la suite de sa thèse, il avait été supposé par le docteur Bolot un effet positif du WAST, dans sa version francophone réalisée par le docteur Linassier, sur le dépistage, notamment systématique(18). Cet outil adapté de son homologue canadien reste pourtant peu répandu et inconnu de notre population d'étude. On peut donc se poser la question de populariser ces outils lors de formations. Mais surtout, on voit que les données actuelles concordent pour dire que le dépistage systématique est le meilleur moyen de dépister les victimes de violences. Pas le seul, mais le plus efficace. Il paraît donc essentiel de former les médecins généralistes à dépister systématiquement, et à les convaincre de l'utilité de cette pratique, pour qu'elle devienne la leur.

2.5. Etre à l'aise

Les médecins qui déclarent être plus à l'aise après avoir suivi une ou plusieurs formations ont tous suivi des formations en présentiel, avec des experts ou des intervenants pluriprofessionnels. Ils éprouvent, pour la plupart, un intérêt pour le thème. Parmi eux, peu se sentent complètement à l'aise. Les seuls sont, une nouvelle fois, des médecins ayant suivi plusieurs formations. Si on met ces résultats en parallèle avec la capacité à dépister, on se rend compte qu'ils semblent corrélés. Et cela paraît plutôt logique : les médecins les plus à l'aise sont ceux qui dépistent systématiquement ; les médecins qui gagnent en aisance se sentent davantage capables de dépister. En revanche, ceux qui restent mal à l'aise dépistent le moins voire pas du tout. Nous pourrions même supposer la figure 8, en reprenant les résultats des freins présentés au paragraphe 2.1.8 du chapitre Résultats sur le désintérêt.

Pendant, on voit aussi que les médecins qui n'ont pas d'amélioration du sentiment de malaise sont ceux qui ont un désintérêt pour le thème. Et on peut se demander si le désintérêt ne vient pas cacher, en vérité, un malaise profond.

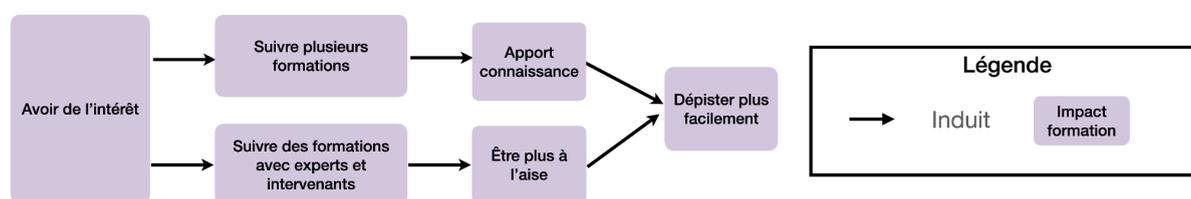


Figure 8 : Impact formation 4

2.6. Connaissance du réseau

Beaucoup de médecins disent mieux connaître le réseau à leur disposition. Ce qui est plutôt concordant avec le peu de médecins à déclarer un manque de connaissance de leur réseau. Le point commun de tous ces médecins est d'avoir suivi une ou plusieurs formations en présentiel, avec des professionnels appartenant à leur réseau local. Certains ont même eu et conservé une fiche contact. L'absence d'intérêt pour le thème ne semble pas intervenir ici. En effet, il y a autant de médecins non intéressés qui ont acquis des connaissances ou qui n'en ont pas acquis. La différence entre eux est que ceux qui ont acquis des connaissances étaient dans un groupe qualité avec des professionnels de leur réseau et un expert médical. Une plaquette leur avait d'ailleurs été distribuée et ils l'ont toujours à disposition (formation datant de plus d'un an et demi). C'est le format de la formation, avec les intervenants et les outils qu'elle contient, qui semble être percutant ici plus que le nombre de formations. Cela parait logique, et nous l'avons déjà observé et discuté dans la partie 1.2.1 : la connaissance du réseau est améliorée par la présence de professionnels locaux et experts, avec distribution de fiche contact, sans influence de l'intérêt du médecin qui suit la formation. Mais ce qui est plus notable ici est que cet effet tendrait à se poursuivre dans le temps puisque certains médecins ont suivi une formation il y a plus d'un an et demi et ce, indépendamment de leur intérêt initial. A ce propos, les docteurs Zaher, Keogh et Ratnapalan disaient que, « *par ailleurs, les effets à long terme sur le comportement réel des médecins et les résultats des soins de santé aux patientes, ainsi que la rentabilité des modules d'apprentissage en ligne doivent être évalués,* »(31) aucune des études de la méta-analyse n'évaluant les résultats à plus d'un an. Nous proposons donc qu'une formation en présentiel avec présence d'experts et d'intervenants pluriprofessionnels ait un impact durable, et que la répétition des formations le consolide. Une étude prospective, quantitative permettrait de le confirmer.

2.7. Orienter

Pour les médecins pensant ne pas avoir acquis de nouveaux contacts, il semble difficile de mieux ou plus orienter. Parmi ces médecins n'orientant pas plus depuis leur formation, se trouvent des médecins ayant fait une formation récente (autour de quatre mois) et/ou n'ayant pas rencontré d'intervenants de leur secteur. L'ensemble de ces médecins n'a suivi qu'une seule formation. Alors que les médecins déclarant orienter plus ou mieux ont tous suivi une formation avec des professionnels de leur secteur et ont pu échanger avec. On peut donc supposer que la rencontre et le temps d'échange avec les professionnels du terrain sont des points importants pour savoir orienter et le faire. Ainsi juste connaître le nom et le numéro ne suffit pas, même si c'est un prérequis. De même, les médecins déclarant avoir acquis cette compétence sont, pour la plus grande part, ceux ayant suivi plusieurs formations. Il est donc possible que répéter les formations améliore l'orientation des patients. Les médecins-orienteurs sont, pour la plupart, intéressés par le thème et plus à l'aise. Ils suivent plus de formations et orientent plus, mais est-ce parce qu'ils sont plus à l'aise grâce aux formations ou plus intéressés ? Toujours est-il, qu'il y a, au travers des entretiens, une disparité chez ces médecins intéressés-orienteurs. On peut imaginer le schéma en figure 9.

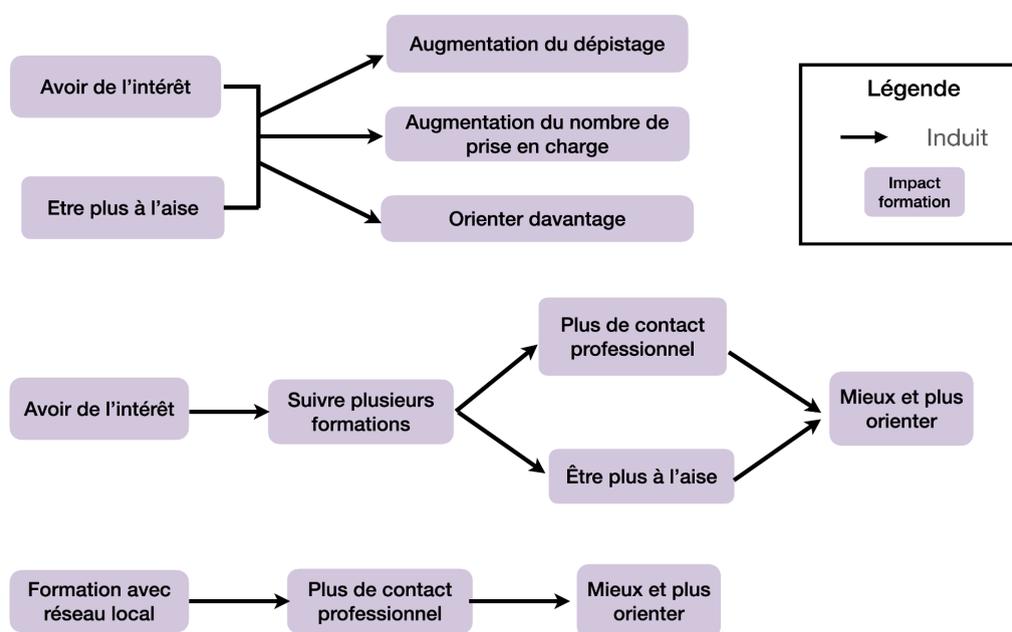


Figure 9 : Impact formation 5

2.8. Faire partie d'une équipe et coopérer

Cette notion n'apparaît que chez des médecins ayant suivi plusieurs formations, et majoritairement intéressés. Cependant, éprouver de l'intérêt n'est pas suffisant pour voir apparaître cette idée de coopération avec un rôle central du médecin généraliste des prises en charge de violences conjugales. Elle n'est commune qu'aux médecins ayant suivi plusieurs formations, dont au moins une avec des experts et intervenants pluriprofessionnels. Si le type de formation paraît intuitivement importante, et que nos résultats semblent le corroborer, on peut aussi supposer que la répétition des formations permettrait de fédérer les professionnels entre eux. Cela peut se schématiser par la figure 10, qui reprend le cheminement de la partie intérêt de la figure 9, mais dont la coopération semble être le point

ultime.

Se posent donc les questions : est-ce qu'avoir de l'intérêt est indispensable pour parvenir à ces résultantes ? Un médecin non intéressé par ce thème ayant suivi plusieurs formations parviendrait-il à faire partie d'une équipe coordonnée autour du besoin du patient ? Ici, un seul des médecins ayant fait plusieurs formations ne déclare pas d'intérêt pour le thème, mais dit agir selon le besoin de ses patients. Si les formations parviennent à mettre en avant l'utilité pour le patient et l'enjeu de santé publique, alors on peut espérer que ces éléments seront source de suffisamment de motivation pour suivre d'autres formations pour acquérir un maximum de compétences.

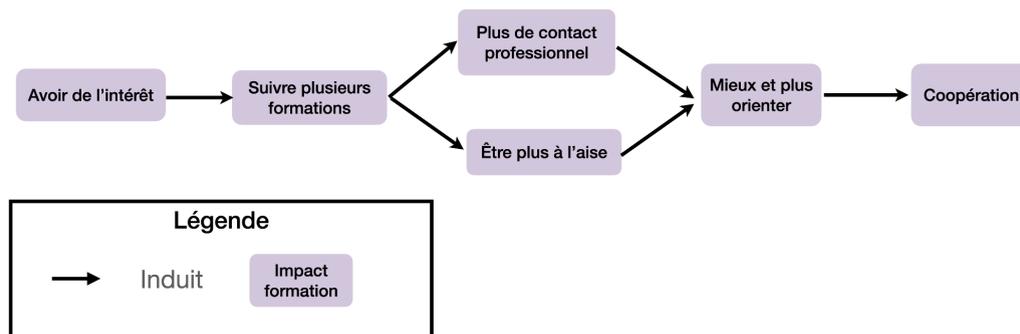


Figure 10 : Impact formation 6

2.9. Communication et psychologie

Cette compétence est améliorée chez les médecins ayant suivi plusieurs formations, mais pas uniquement. Comme nous l'avons vu dans le chapitre Résultats, certains mettent en avant une formation particulière, voire un format particulier : mise en scène, participation active, technique de communication... Ce que des médecins n'ayant suivi qu'une formation, et qui aimeraient améliorer cette compétence, confirment. Le type de formation, à savoir une formation présentielle avec participation active du médecin et un abord des techniques de communication favoriserait donc l'acquisition de cette compétence. Le docteur Pinar, dans son étude en 2021, souligne qu'un modèle d'éducation basé sur la simulation permet une amélioration du dépistage et des réponses plus adaptées aux victimes de violences conjugales par rapport au système d'éducation conventionnel, mais il recommande de conjuguer les deux méthodes(32). Il valide un modèle que les docteurs McCluskey et Lovarini n'avaient que suggéré(39). Ses conclusions corroborent notre hypothèse.

Par ailleurs, certains médecins ayant suivi des formations de psychologie et sur l'entretien motivationnel font part du bénéfice de ces dernières, notamment pour la prise en charge. Cela souligne l'importance du type de formation, mais pas uniquement. La psychologie, la communication et l'entretien motivationnel sont des thèmes transversaux. Leur abord serait utile dans bien d'autres situations complexes, ou pourrait être abordé dans d'autres formations que celles sur les violences conjugales. D'ailleurs, certaines techniques de communication sont déjà utilisées en médecine comme l'écoute active pour l'annonce de mauvaises nouvelles (cancers, maladies incurables) ou la gestion d'erreur médicale. Les bases de l'écoute active ont été posées par le psychologue Carl Rogers(46). Il proposait une approche centrée sur le patient. Elle repose sur cinq conditions : accepter l'autre comme il est, être centré sur le ressenti de l'autre en allant au-delà des faits, voir le problème du point de vue de l'autre, se montrer respectueux de ce que l'autre vit (sans jugement ni évaluation), et enfin être le miroir de ce qu'il ressent. Et, pour le docteur Hirigoyen, spécialisée dans les violences conjugales(8) :

« Plusieurs sortes de psychothérapies peuvent être proposées à une femme maltraitée dans son couple, mais il faut préférer l'écoute active réellement bienveillante à l'attention flottante et à une neutralité plus froide que bienveillante ».

Cette technique semble donc efficace dans le cadre des violences conjugales, et accessible aux médecins puisqu'elle est déjà utilisée dans d'autres domaines. Et elle n'est pas la seule. L'entretien motivationnel dont certains médecins disent se servir ici, est une évolution de l'écoute active(47). Comme dans l'approche de Carl Rogers, l'entretien est centré sur la personne et se déroule dans une atmosphère empathique et valorisante. Toutefois, à la différence du modèle de Rogers, l'entretien est directionnel, orienté vers un but défini : le changement à entreprendre. La relation vise à augmenter la motivation au changement en respectant le patient dans son ambivalence, ses valeurs, sa vision, en un mot : sans jugement. L'intervenant aide la personne à énoncer ses propres motivations à changer, et s'appuie sur ses dernières pour accompagner son changement. Ces techniques ont été utilisées notamment pour les sevrages alcooliques, au tabac, aux drogues... Mais on peut percevoir l'intérêt de venir contrebalancer par l'entretien motivationnel l'ambivalence des victimes de violences conjugales à entreprendre un changement dans leur vie : quitter un univers violent, se reconstruire... Et le bienfait ne serait pas que pour la patiente, mais aussi pour les médecins. En effet, le docteur Solty résume ainsi sa thèse, dans un article pour l'AFDEM (association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel)(48,49) :

« L'impuissance dans laquelle se situait parfois le professionnel avant de pratiquer l'entretien motivationnel diminue avec cette pratique, ce qui permet d'augmenter son sentiment d'efficacité personnel. On retrouve moins de frustration chez plusieurs médecins. Leur pratique est congruente avec leurs valeurs et avec leur éthique professionnelle. Ils ressentent une amélioration de la relation thérapeutique, évoquant de moins en moins de conflit et un confort bilatéral dans cette relation d'aide. Le patient reprend sa place "au centre de la consultation", la relation soignant-soigné est mieux vécu des deux côtés. La consultation est plus riche d'informations due à un questionnement non directif ».

Au vu du frein omniprésent que représente l'impuissance dans le dépistage et les prises en charge de violences conjugales, on peut imaginer l'impact positif de cette pratique sur ce thème. Le docteur Solty ajoute plus loin :

« Par ailleurs, l'entretien motivationnel semble parfaitement applicable en médecine générale dès lors qu'il s'agit d'envisager chez nos patients un changement de comportement, d'autant plus que l'entretien motivationnel n'est pas chronophage voire peut permettre un gain de temps, dès lors que le praticien est à l'aise avec sa pratique. La plupart des médecins interrogés sur leur niveau en entretien motivationnel et leur souhait de formation, parlent de "progression permanente". Tous sont désireux de se former davantage, ce qui montre encore une fois leur attachement à l'entretien motivationnel ».

Cette technique, à mi-chemin entre communication et psychologie, semble donc un outil pratique et polyvalent, utilisable par tous les médecins généralistes formés. Ce qui fait d'ailleurs suggérer au docteur Solty de former tous les médecins durant leur cursus universitaire, citant l'exemple des Suisses, afin que tous soient mieux armés dans leur pratique médicale. Les docteurs Vignocan et Monti proposaient également dans leur thèse de mieux former les internes sur la prise en charge des psychotraumatismes en s'interrogeant(40) : *« La formation universitaire des médecins généraliste leur permet-elle d'acquérir les compétences nécessaires pour accompagner une patiente souffrant d'un psychotraumatisme ? »*. La réponse étant non, proposer une formation spécifique sur ce thème, autant pour les internes que les médecins installés, nous semble pertinent.

2.10. Savoir être et professionnalisme

Ce savoir être, ce professionnalisme, est mis en exergue chez des médecins qui, pour une bonne partie, ont suivi plusieurs formations, dont une avec présence d'experts et d'intervenants. Et, le fait de partager les expériences avec des professionnels est décrit comme inspirant. Par opposition, les médecins qui déclarent avoir le moins acquis cette compétence sont ceux qui ont fait une seule formation, parfois sans experts, sans intervenants d'autres professions, et parfois en distanciel. Une partie n'a pas d'intérêt pour le thème, mais ce n'est pas une constante. On peut donc supposer que suivre plusieurs formations, et notamment bénéficier d'une formation en présentiel avec des experts de diverses professions attenantes au thème (sociale, judiciaire) pour partager les expériences, est bénéfique pour améliorer cette compétence. Les médecins ayant acquis cette compétence étaient tous intéressés par le sujet, sauf un. Il semble probable, que comme dans les compétences précédentes, l'intérêt vient motiver les formations qui permettent elles d'acquérir ce professionnalisme. On peut donc supposer la figure 11.

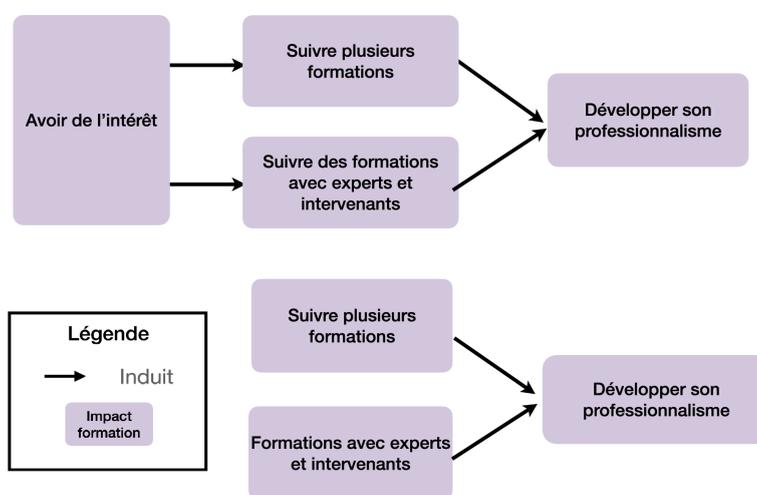


Figure 11 : Impact formation 7

Cette compétence, rarement évaluée dans les thèses qualitatives comme quantitatives, est loin d'être anecdotique. Pour le docteur Hirigoyen, le suivi de victime de violence ne peut être thérapeutique qu'en respectant certaines bases(8) : « Il faut donc respecter son rythme. Une règle générale est la patience. Entre le début des soins et la fin des maltraitances, des mois, voire des années, peuvent être nécessaires ». Elle ajoute plus loin, « au cours d'une prise en charge de ce type, on assiste à de nombreux retours en arrière, et il faut bien se garder de juger la situation avec sa propre grille : "Moi, à sa place, je serais partie", même si celle-ci paraît très choquante ou très dangereuse. »

Pour elle, le risque de ne pas respecter le rythme du patient est que ce dernier interrompt la relation. D'ailleurs, cette patience, cette disponibilité, cette bienveillance sont attendues par les victimes de violences. Ainsi, dans leur thèse, les docteurs Vignocan et Monti déclarent(40) : « Globalement, les femmes demandaient une plus grande disponibilité de la part de leurs médecins » et ajoutent : « Les femmes nous ont fait part de l'importance pour elles qu'on ne les juge pas ». La figure 12 semble donc s'imposer.

D'un point de vue connaissance, qu'il s'agisse des connaissances théoriques ou pratiques (contacts), le type de formation et la présence d'une fiche contact est importante. Une formation avec des experts et des intervenants pluriprofessionnels permettrait d'acquérir plus de savoir qu'un autre type de

formation. De même, avoir suivi plusieurs formations semblent permettre d'acquérir plus de savoir théorique. Concernant les connaissances pratiques telles que les contacts professionnels, une seule formation, si elle est du type décrite ci-dessus, semble être suffisante. Mais dans tous les cas, l'acquisition de connaissances ne semble pas dépendre de l'intérêt que les médecins prêtent au thème. Plus précisément, ce n'est pas parce que le médecin n'a pas d'intérêt spontané pour le thème qu'il n'acquerra pas de connaissances pratique ou théorique.

D'un point de vue comportemental, le changement s'analyse via l'acquisition de compétences telles que le dépistage et l'orientation. Concernant l'identification, le dépistage et l'orientation, les résultats tendent à montrer un changement comportemental chez les médecins ayant suivi des formations avec des experts et des intervenants pluriprofessionnels. De même, plus les médecins ont suivi de formation, plus ce changement s'observe, à tel point chez certains de passer au dépistage systématique ou de vouloir faire partie d'une équipe de soin. Le biais vis-à-vis de cette donnée est l'intérêt de ces médecins, car les médecins font d'autant plus de formations qu'ils s'intéressent à ce domaine. Cependant, ce facteur n'est ni nécessaire, ni suffisant pour obtenir un changement comportemental.

D'un point de vue bien-être et aisance du médecin, avoir suivi une voire plusieurs formations semble améliorer la perception de malaise. Il persiste chez les médecins les moins intéressés par le thème, ce qui peut interroger sur l'intrication entre malaise et désintérêt. Une formation en présentiel avec experts et professionnels du terrain semble rendre les médecins plus à l'aise avec le thème et leur permet de développer leur professionnalisme. De même le format et le contenu de la formation (des techniques de communication et une participation active) sont des éléments importants pour améliorer la communication ; la même observation est faite pour le professionnalisme. En revanche, il semble que le dépistage systématique soit une des dernières aptitudes à se développer, sans doute parce qu'il faut qu'ils en aient acquis bien d'autres auparavant.



Figure 12 : Impact formation 8

3. Formation idéale

3.1. Le format

La formation qu'attendent les médecins est une formation en présentiel, plutôt locale, mêlant rappels théoriques brefs, faits par des experts de diverses professions. Elle comporte des échanges autour de cas concrets avec des intervenants locaux, éventuellement chaperonnés par des experts, des référents dans le domaine. Elle est également un lieu de diffusion d'outils pratiques tel que : fiche contact, fiche rappel, flyers à destination des patientes... La revue de littérature des docteurs Zaher, Keogh et Ratnapalan est également en faveur de ce format(31) :

« La formation des médecins combinée à des interventions de soutien de la part du système, comme une sensibilisation accrue à la violence conjugale, des aide-mémoire pour l'identification des victimes et un meilleur accès à des services de soutien, semble avoir un effet bénéfique sur les victimes de violence conjugale et augmente le nombre de demandes de consultations auprès de ressources à l'intention de ces victimes ».

3. FORMATION IDEALE

On note qu'ils parlent de plusieurs interventions ce qui est en accord avec notre hypothèse de réitérer les formations. Ils ajoutent aussi, concernant les formations en distanciel : « *L'apprentissage par problèmes en ligne semble accroître la perception qu'ont les médecins de leur propre efficacité à traiter la violence conjugale* ».

Travailler sur des cas concrets ou des problèmes semble effectivement profitable. On peut supposer que le réaliser en présentiel pour discuter de solutions communes pourrait en décupler les effets. Concernant le format, nous ne sommes pas les seuls, en France, à formuler cette hypothèse. Ainsi les docteurs Salomon, Baccino et Rodrigues concluaient en mars 2021, dans La Revue de Médecine Légale(50) :

« Une meilleure formation théorico-pratique par les médecins spécialistes que sont les médecins légistes, ainsi que la mise en place d'un réseau avec l'unité médico-judiciaire la plus proche, apparaissent comme une solution plébiscitée par les praticiens afin d'améliorer la gestion des victimes de violences intrafamiliales ».

On note que l'aspect local avec des intervenants du secteur semble ici aussi être requis par les médecins. Toujours concernant le format des formations, le docteur Chiron, dans sa thèse en 2020, évoquait les préférences des internes(25) :

« Il semblerait pertinent et souhaitable que les internes puissent poursuivre cet enseignement, en essayant toutefois de l'adapter aux souhaits de formation des interrogés. On pourrait imaginer multiplier les intervenants de différents milieux, faire témoigner des victimes, instaurer des jeux de rôle ».

Nous l'avons vu plus haut, un apprentissage par simulation est profitable. Sans faire l'unanimité parmi les médecins de notre groupe, il reste assez largement décrit comme un bon outil de formation. Un tel exercice réalisé lors d'une formation rendrait celle-ci plus vivante et plus marquante. Concernant les attentes des internes, le docteur Chiron précisait par ailleurs qu'une formation en présentiel était souhaitée, ce qui semble plus évident pour rencontrer les intervenants pluriprofessionnels et proposer une participation active. On constate une différence ici, les médecins n'évoquent à aucun moment le souhait d'une intervention de victimes de violences dans leur formation. La question n'a jamais été directement posée non plus. Sinon, on retrouve une similarité entre les attentes de formation des médecins installés et des internes, sans doute parce que le but est le même : créer du lien pour mieux coordonner les soins. Ainsi, dit-elle : « *Cela aurait pour avantage de permettre aux internes d'apprendre à connaître le réseau local propre à leur lieu d'exercice à travers une prise de contact avec les associations et intervenants locaux* »(25). On peut donc se demander s'il faut séparer la formation des internes de médecine générale de celles des médecins installés, puisque leurs attentes et l'effet attendu sont similaires.

3.2. Le contenu

L'effet positif d'outils tels que des fiches contacts et des fiches récapitulatives qui a été mis en avant ici, est retrouvé par les des docteurs Zaher, Keogh et Ratnapalan(31), comme vu précédemment. En France, le docteur Bigot, dans sa thèse auprès des internes de médecine généraux, soulignait en 2018 « *l'impact positif [...] sur le sentiment d'efficacité personnelle et les représentations des internes de médecine générale* » pour ceux ayant reçu une formation sous forme de dépliant(30). Ce dernier faisait un bref rappel des signes cliniques, de la conduite à tenir et des numéros utiles. Il est donc probable qu'à eux seuls, ces outils aient un effet positif sur les connaissances et le comportement des médecins, même si dans notre étude, ils ont été distribués principalement au cours de formations en présentiel. Mais l'impact est-il plus grand s'ils sont distribués lors d'une formation telle que décrite précédemment ? Cela pourrait faire l'objet d'une autre thèse, mais il paraît pertinent de le combiner.

Il s'agit bien sûr aussi de diffuser de nouvelles connaissances, d'où l'importance d'experts, de tout domaine. Nous en avons vu l'importance précédemment, mais il semble intéressant de mettre une

nouvelle fois en parallèle les attentes des médecins généralistes et de leurs jeunes homologues internes. Ainsi, dans ses résultats, le docteur Chiron notait(25) : « Ils s'accordaient sur l'importance d'une partie davantage théorique en début de formation donnant les informations perçues comme étant la base : "quand même qu'il y ait des cours magistral [...] faut nous apporter des informations qu'on n'a pas" », résultats qui font écho aux nôtres, et laisse supposer, qu'à l'heure actuelle, la formation des internes et des médecins généralistes devraient être la même.

Les thèmes abordés seraient ceux posant principalement problème : médecine légale, décisions judiciaires et sociales, certificats, secret médical, avec les intervenants en rapport. Concernant les attentes en médecine légale, les docteurs Salomon, Baccino, Rodrigues, en font également part, preuve que peu importe la région les besoins et les solutions sont les mêmes : formations avec rencontres de médecins légistes pour former un réseau local(50). On peut espérer que le déploiement en cours d'unité ENVOL à Cherbourg, Avranches et Lisieux permettra sa mise en place, même si des formations permettant la rencontre, le lien et la discussion des prise en charge seront indispensables. Par ailleurs, le docteur Chiron fait également part des attentes des internes de médecine générale sur ce thème(25) :

« De très nombreux intervenants ont été évoqués pour cette formation et la majorité des interrogés reconnaissent l'intérêt d'avoir des intervenants de différents milieux dont ceux du social, du médical, du judiciaire et de l'associatif. [...] Un type d'intervenant particulier a également été très souvent cité : il s'agissait des médecins légistes. [...] les internes avaient des attentes bien spécifiques sur cette intervention comme des précisions sur la pose d'ITT ou les démarches judiciaires à entreprendre ».

Une nouvelle fois, beaucoup des problématiques semblent communes. Aussi une ouverture à des formations pratiques, de terrain, devrait peut-être se faire pour les internes en stage de SASPAS (stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé).

Enfin, un thème est réitéré dans notre étude et n'apparaît pas dans celles précitées, la communication. Thème polyvalent et central de nombreuses prises en charge, il est ici mis en avant comme élément clef du dépistage et de la prise en charge. En effet, nous l'avons vu, la communication bienveillante est vue comme un élément thérapeutique en lui-même. Même si savoir s'il s'agit de communication pure ou de psychologie fait débat au sein des médecins, la thérapie de soutien et la communication bienveillante sont des éléments importants. C'est aussi l'avis des victimes. En effet, dans leur thèse, les docteurs Vignocan et Monti dressent un portrait robot du médecin attendu par les victimes de violences sexuelles(40) :

« En effet, le médecin généraliste est pour elles considéré comme le professionnel de premier recours [...] La plupart souhaiterait un médecin formé aux violences et au psycho-traumatisme [...]

- *Ne pas être dans le jugement/ Ne pas remettre en question [...]*
- *Instaurer un climat de confiance [...]*
- *Ecouter [...]*
- *Expliquer la prise en charge [...]*
- *Poser des questions pertinentes sans curiosité déplacée [...]*

De façon plus générale, plusieurs femmes nous ont rappelé qu'un motif de consultation pouvait en cacher un autre. Ainsi, elles attendaient de leur médecin qu'il cherche plus profondément le véritable motif de consultation ».

Dans sa thèse, le docteur Bannier fait également part des attentes de victimes de violences conjugales(51) :

« Elles avancent de nombreuses conditions pour que ce rôle soit tenu correctement : qualité d'écoute et de compassion, instauration d'une relation de confiance médecin/patient, formation adéquate du médecin. [...] L'élément essentiel pour espérer qu'une femme se dévoile sur ces situations de violences

3. FORMATION IDEALE

conjugales est la relation de confiance ».

Quelles que soient les violences subies, les attentes des victimes sont assez similaires : écoute bienveillante d'un professionnel formés sur les violences avec lequel elles ont une relation de confiance. On voit combien, dans ces portraits robots, bien communiquer c'est être professionnel, et surtout combien cela peut favoriser le dépistage et la prise en charge. C'est donc bien un thème central et polyvalent, qui mériterait d'être abordé au cours d'une formation seule comme suggéré par certains médecins de notre thèse. L'autre point important c'est qu'une formation sur les violences, quelles qu'elles soient, abordant ces thèmes rendra probablement les médecins plus aptes à dépister et prendre en charge n'importe quels types de violences. On peut presque parler d'une formation aux violences pour ce point.

3.3. Organisation

Le mieux semble de respecter les habitudes des médecins, d'utiliser les formations préexistantes qu'ils s'agissent des groupes qualités, formations via le DPC, ou certains colloques connus comme Preuves et Pratiques. Le médecin aura ainsi moins de questions d'organisation à se poser, et comme sa confiance est déjà gagnée envers ces organismes, il s'y rendra plus facilement. Ces formations ont par ailleurs l'avantage d'être organisées en amont, parfois de manière mensuelle, parfois de manière annuelle, ce qui permet au médecin de bloquer une date. Intervenir sur l'une de ces formations, prisées des médecins, permettrait d'utiliser leur organisation et leur communication, en plus de la reconnaissance dont elles jouissent au sein de la population médicale. En bref, mettre à la notoriété d'organismes déjà existants, plus que de proposer spontanément une formation, serait sans doute plus efficace pour toucher un large public.

La décision d'un lieu dépendra alors des organismes préexistants. Néanmoins, autant pour des questions d'accessibilité que de praticité, une formation proposant un échange pluriprofessionnel serait préférable à l'échelle locale, l'idée étant de tisser du lien avec le réseau autour du médecin. Le docteur Chiron en fait également part, dans sa thèse(25) : *« Enfin l'enseignement délocalisé pourrait avoir comme avantage une meilleure accessibilité aux formations pour les internes »*. Néanmoins des formations plus centralisées ont leurs intérêts pour apporter des connaissances, réaliser des ateliers pratiques (certificats, communication...), mais elles permettront moins de tisser ce lien dans le réseau local.

Nous avons partiellement abordé la promotion des formations des violences conjugales en proposant d'utiliser celles d'organismes préexistants. Il nous paraît malgré tout important de dire que cela ne saurait suffir. Il est important que ces formations soient plus fréquemment proposées pour que les médecins puissent les répéter. Cela devrait permettre également d'augmenter leur visibilité. Les docteurs Zaher, Keogh et Ratnapalan disaient d'ailleurs(31) : *« il faut prendre en considération les ressources nécessaires pour la promotion de la FMC sur la violence conjugale et les stratégies de marketing dans les médias sociaux lorsque de tels programmes sont élaborés »*.

D'autre part, il serait judicieux que le thème des violences conjugales bénéficie d'une communication plus importante au sein des revues médicales. Aussi brèves ces interventions seraient-elles, elles permettraient de consolider les acquis, faire un rappel et, encore une fois, répéter(31,39). Plus largement, les campagnes de sensibilisation et d'éducation de la société doivent se poursuivre pour permettre de faire évoluer les mentalités, que les médecins partagent avec leurs patients. Le docteur Hirigoyen disait à ce propos(8) :

« on ne peut pas changer du jour au lendemain les mentalités, mais on peut, petit à petit, écorner les mythes et les préjugés par un travail de sensibilisation, d'information, et d'éducation, favoriser le non-sexisme, responsabiliser les hommes et la société toute entière ».

Les campagnes de prévention ne permettent pas simplement d'y penser, mais aussi de faire évoluer notre regard sur ce que sont les violences, et sur ce que chacun peut faire. Il ne s'agit pas seulement d'affiches mais aussi d'actions concrètes comme la mise en place de journée de formation sur l'égalité

entre les sexes dans les écoles, annoncée par M. Castex en novembre dernier, qu'il reste encore à mettre en place⁽⁵²⁾. A l'échelle des médecins, on peut imaginer un mois de dépistage des violences comme il existe le mois du dépistage du cancer du sein ou de la prostate. Il permettrait de banaliser le dépistage, rendre le thème abordable et accroître la communication autour de ce thème. Et ce, autant pour les médecins que pour les patients. Même si cela n'a l'air que temporaire, l'habitude finit par s'ancrer et c'est ce que nous cherchons. Enfin parmi les stéréotypes à déliter se trouve celui que les violences, c'est un homme contre une femme, les hommes contre les femmes. Car en présentant l'homme comme ennemi de la femme, on ne fait que renforcer la violence entre les sexes. Or ce que nous voulons est justement diminuer la violence. A ce titre, les campagnes « Rubans blancs », d'origine belge, s'illustrent en laissant la place aux hommes de s'opposer aux comportements violents et machistes, comme celle-ci : « *la violence est l'arme des faibles* », et seraient à promouvoir, comme leur semaine contre les violences faites aux femmes⁽⁵³⁾. D'autre part, bien qu'elles fassent actuellement office d'exception, cela ne laisse pas la place aux violences conjugales envers les hommes de s'exprimer. Enfin et surtout, cela stigmatise les hommes violents qui auraient pourtant tout autant besoin de soins et de prises en charge que leurs victimes. Ainsi, dans son livre, Luc Frémiot détaille la prise en charge des auteurs de violences à Douai, comprenant notamment un groupe de parole avec un psychiatre et/ou un psychologue⁽³⁵⁾. Elle permettrait de réduire la récurrence des violences de 45 % à 8 % ! La prise en charge des violences doit donc certainement passer par la prise en charge des victimes, mais aussi des auteurs, et dans les deux cas, il y a un rôle médical à jouer. La prise en charge, avec sa part médicale, des auteurs de violences sera sans doute un thème complexe mais décisif dans les années à venir. S'ouvrira alors une autre page de formation. Mais en attendant, la communication autour de ces thèmes ne peut être que favorable pour faire évoluer les freins qui bloquent le médecin dans ses prises en charge, et le convaincre que se former est utile et nécessaire.

Optimalement, une formation locale, avec des intervenants locaux, pour discuter de situations problématiques, en plus de proposer une partie plus théorique serait souhaitable. Certains thèmes (médecine légale, prise en charge judiciaire et sociale) peuvent être abordés au cours de ces *cases reports* et faire l'objet d'échanges. Néanmoins, il est nécessaire que des experts apportent également des réponses à des questionnements tels que le certificat médical et le secret médical, même s'ils peuvent également faire l'objet d'exercice pratique (épreuve rédactionnel pour les certificats). Des fiches contacts et des fiches récapitulatives des points abordés viendront renforcer les acquis. La communication est un thème transversal qui pourra être abordé au cours d'une formation sur les violences, notamment via des exercices de simulation, mais elle peut aussi faire l'objet de formation à part entière. Ces dernières, autour de l'écoute active et de la thérapie de soutien seront bénéfiques pour n'importe quelle prise en charge de violence, et plus largement dans bien des thèmes complexes de la médecine générale : oncologie, addiction, psychiatrie... L'organisation de ces formations doit se faire au maximum au travers d'organismes déjà existants (groupe qualité, monDPC, Preuve et Pratique) pour bénéficier de leur notoriété et leur communication, et se caler sur les habitudes des médecins. Afin d'utiliser ses habitudes médicales et d'augmenter la communication autour du thème des violences conjugales, il serait optimal que des revues comme *Prescrire* ou *Le généraliste* abordent plus fréquemment ce thème. En effet, répéter même brièvement l'information est un point clef de l'assimilation, et de l'intégration dans la pratique. Par ailleurs, une poursuite des campagnes de prévention, voire un élargissement en créant un mois des violences, permettrait une sensibilisation plus massive, plus globale, tout en facilitant l'abord de ce thème. Enfin, au cours de notre discussion nous avons constaté plusieurs fois que les attentes des médecins généralistes et des internes de médecine générale étaient similaires, aussi permettre une formation commune, notamment au cours du SASPAS, semble opportun. D'autant qu'il peut en découler un effet de groupe, d'entraînement, encore plus grand.

4. Evolution du rôle médical

Plus les médecins suivent de formations, plus le rôle médical s'enrichit. Il ne s'agit pas seulement du dépistage qui tendrait à devenir systématique comme nous l'avons vu plus haut. Ici, l'orientation fait place à un suivi voire un accompagnement. La relation est alors vue dans celui-ci comme thérapeutique et s'établit dans la communication et le professionnalisme. Le patient est au centre de cette relation. On est très loin du schéma : dépister, soigner ponctuellement et orienter. Le médecin est là pour accompagner, c'est un pilier de résilience. Comme nous l'avons vu précédemment, il est difficile de dire si l'intérêt manifesté par les médecins qui ont suivi plusieurs formations est indispensable pour développer toutes les compétences de ce rôle. En revanche, l'intérêt en lui seul est insuffisant ; ce sont les formations, leur répétition qui permettent au médecin d'acquérir ces différents savoir-faire et savoir-être. L'assimilation du rôle est progressive(31,39). Par ailleurs, au vue de la place centrale de la communication, un format permettant de développer cette aptitude est probablement nécessaire pour que le médecin puisse investir pleinement son rôle.

Et ce n'est pas seulement que ce rôle semble s'élargir, il se transforme. Les priorités changent. Dans sa thèse, en 2019, le docteur Ambert faisait part que, pour les médecins généralistes, le plus important était d'orienter pour 33 % d'entre eux, de dépister pour 26 %, constater pour 14 % mais soutenir pour 10 % et soigner pour 9 %(19)... Chez les médecins de notre étude, le dépistage et l'orientation sont vus comme essentiels. Mais pour bon nombre d'entre eux, notamment ceux qui ont suivi plusieurs formations, ce n'est qu'une partie de la prise en charge, où le soutien semble au cœur. Si on compare par rapport aux attentes des victimes de violences, on se rend compte que plus les médecins sont formés, plus la conception de leur rôle s'en rapproche. Ainsi les docteurs Vignocan et Monti faisaient part de leurs constatations (40) :

« Globalement, les femmes demandaient une plus grande disponibilité de la part de leurs médecins ».

« Elles insistaient sur l'importance du partenariat avec le médecin ».

« Les attentes principales de ces femmes étaient similaires à la littérature :

- Ecouter

- Orienter

- Accompagner

- Expliquer les prises en charge, examens...

- Déceler les violences/encourager à faire valoir ses droits Les femmes nous ont fait part de l'importance pour elles qu'on ne les juge pas ».

Les conclusions du docteur Bannier allaient également dans ce sens(51) : *« les femmes victimes de violences conjugales attendent une relation humaine et surtout de confiance avec leur médecin généraliste ».*

Par ailleurs, l'évaluation de la gravité reste trop peu abordée. Pourtant savoir gérer l'urgence, c'est avant tout savoir la reconnaître. Former les médecins est d'autant plus important que le vadémécum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal(54) leur permet depuis fin 2021 de signaler des violences conjugales chez une personne majeur, sans son accord, à deux conditions :

- qu'elle soit sous emprise ;

- qu'il y ait un danger immédiat.

Les deux doivent être caractérisées dans le signalement. Il faut donc que les médecins connaissent ces critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise. Ce qui n'apparaît pas être le cas. Peut-être aussi parce qu'au sein de la communauté médicale, ce point de dérogation au secret médical fait débat. Même si le conseil de l'ordre des médecins a donné son accord pour la rédaction de cette dérogation, de nombreux médecins, dont le docteur Lazimi, considèrent que c'est trahir la confiance de la patiente, et

l'infantiliser, alors même que le but des soins est de la remettre en capacité d'agir(55). La relation thérapeutique en serait détruite. En somme, même en supposant que les médecins soient en capacité de rédiger ces signalements, l'effet en serait négatif. D'autres voient une simple précision d'une dérogation qui existait déjà, les femmes victimes de violences étant vulnérables. Mais, ce qui ne serait pas à la hauteur, c'est la capacité des institutions à protéger les femmes après ces signalements(56). C'est ce que dit aussi Luc Frémiot, procureur de la République : il faut que les médecins aient en face d'eux des instances prêtes à réagir(35), ce dont peut-être, au vu de l'état des lieux fait ici, doutent-ils. L'effet de cette mesure sera donc à mesurer dans le temps.

Un autre rôle que l'on voit émerger dans notre population est celui de prévention des violences et d'éducation. Il est peu retrouvé dans les autres études, mais il a pourtant du sens. Nous avons vu précédemment comment les campagnes de prévention peuvent faciliter le rôle de dépistage des médecins généralistes, faire évoluer les mentalités. Il est donc logique de le promouvoir, ne serait-ce qu'en tant que facilitateur. Mais pour les médecins de notre étude, il s'agit plutôt d'une mission de santé publique que de participer, à leur échelle, à la promotion de relations de couple respectueuses pour diminuer les violences. Il est intéressant de noter que ce rôle est indépendant, ici, de l'intérêt des médecins pour le thème et du nombre de formations qu'ils ont suivies. Cependant on voit aussi que les médecins les plus formés tendent à participer à la réalisation de formations, à animer, à transmettre le savoir finalement. On peut donc supposer que faire plusieurs formations permet d'investir ce rôle d'éducateur de ses pairs ou de la population en général. Il peut donc être doublement utile que les formations s'axent également sur les manières d'expliquer les violences. Et comme le suggèrent certains médecins, pourquoi ne pas laisser de la documentation aux médecins à destination des patients (flyers ou affiches) ou bien proposer une semaine ou un mois de prévention sur ce thème, comme nous l'avons détaillé plus haut.

Plus les médecins se forment, plus leur conception de leur rôle s'enrichit. L'orientation, le dépistage restent essentiels, mais le soutien, la relation thérapeutique sont centraux. Et, point intéressant, cela correspond aux attentes des victimes de violences. Répéter les formations, et favoriser celles qui améliorent leur compétence en communication sont donc à promouvoir. En revanche, l'évaluation de la gravité semble être un point de faiblesse qui risque de mettre à mal les nouvelles modifications de l'application du signalement, autant par manque possible de connaissances que parce que pour certains, cela contrevient à la base de leur rôle : la relation de confiance. Il s'agit une nouvelle fois autant de former que de convaincre. On constate également que le rôle d'éducateur, d'acteur de prévention ressort, et tend à se concrétiser chez les plus formés. Proposer des missions de préventions telles que des semaines/mois contre les violences pourrait donc être judicieux.

En résumé, l'effet de formations aux violences conjugales observés au long de cette discussion, ainsi que l'effet d'outils et de suggestions discutées sont mis en lumière sur les figures 13 et 14. Elles permettent d'expliquer plus simplement où et comment agissent les formations, certains outils (fiche contact, fiche conduite à tenir...) ou propositions des médecins (plateforme, cotations...) sur les freins qu'ils ressentent.

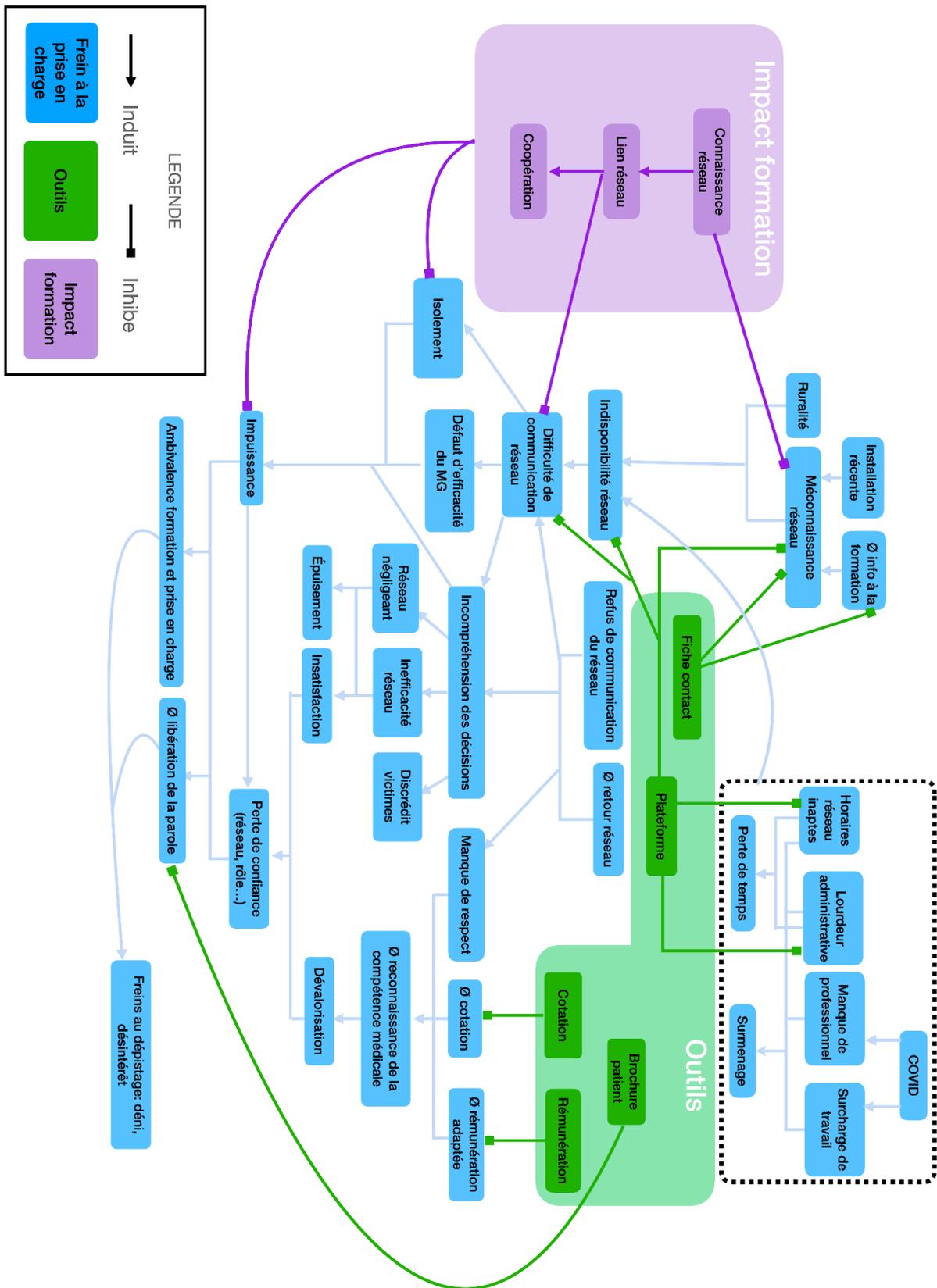


Figure 14 : Effet de la formation et des outils sur les freins à la prise en charge

5. Forces et limites

5.1. Forces

L'un des atouts de notre travail consiste en son originalité. Étudier si un type de formation sur les violences a un impact ou non avait déjà été fait dans des études internationales(31,32,39). Au niveau national, ce thème est beaucoup moins fréquent(57), surtout de manière qualitative. Nous n'en avons d'ailleurs pas retrouvé qui explorent l'évolution des freins *a posteriori* des formations. L'avantage par rapport au quantitatif, qui se base souvent sur le modèle de Kirkpatrick, est de pouvoir explorer ici, non seulement l'évolution des connaissances, comportemental ou le sentiment d'aisance de manière plus détaillée et libre, mais aussi l'évolution des freins, leurs interactions, l'effet des formations dessus. Mieux, une étude qualitative permet de faire remonter les besoins et les envies de formations des médecins et de proposer un modèle de formation efficace, qui leur convient. Ces conditions sont *sine qua non* pour qu'ils y participent. D'autre part, la variabilité des formats de formations a permis d'appréhender les effets de chacune et de supposer la supériorité de certaines. Ces résultats semblent se confirmer dans la littérature(31,32,39).

De même, le fait que certains médecins aient fait plusieurs formations leur permet eux-même de faire des comparaisons, et nous de comparer les effets de leur parcours de formation, par rapport à des médecins n'ayant bénéficié que d'une seule formation.

Notre population d'étude est plus masculine que la population de médecins généralistes libéraux. Ce point est intéressant puisqu'un présupposé fréquent, quoique non prouvé dans la littérature, est qu'une femme serait plus sensible à la réalisation du dépistage des violences et inspirerait plus confiance. Notre population semble venir elle aussi démentir ce préjugé.

L'âge des participants, même s'il est moyennement plus bas que la population médicale en Normandie, va de médecins en tout début d'exercice à d'autres s'approchant de la retraite, ce qui permet de couvrir toutes les tranches d'âge.

Un autre intérêt de notre population d'étude est que beaucoup effectue du dépistage et des prises en charge ; leurs avis et la remontée des problématiques de terrain sont donc précieux pour faire un état des lieux de la situation.

Le milieu urbain et rural sont autant représentés l'un que l'autre, avec même un médecin exerçant sur les deux secteurs. Un déséquilibre entre ces deux secteurs aurait pu induire un biais de représentation et de sélection.

Enfin, et quoique ce fût inattendu, notre population d'étude comprenait une certaine mixité entre les médecins intéressés par le thème et ceux qui ne l'étaient pas, ce qui a permis d'évaluer l'interaction de cette motivation sur les effets de la formation. Cela nous permet de dire que les sujets de l'étude n'étaient pas plus volontaires parce qu'ils étaient intéressés par le thème. Il n'y a pas de biais de sélection sur ce point.

5.2. Limites

Du fait du statut de médecin remplaçant de l'auteur, certains médecins ont été recrutés via des remplacements, ce qui a pu induire un biais de recrutement. Il en découle une représentation des médecins de la Manche plus importante que des autres départements. Par ailleurs, un des médecins avait des liens familiaux avec l'investigatrice. Ces éléments peuvent induire un biais de recrutement. De même, notre intérêt pour le thème est également à noter comme pouvant participer à ce biais. Il a été source de notre thèse, mais aussi de notre participation au colloque VIF de Deauville en décembre 2021, qui a permis des rencontres médicales qui ont pu être recrutées par la suite.

A propos du biais de sélection, une des limites se trouve au sein de notre population d'étude. En effet,

une très grande majorité d'entre eux ont bénéficié de formations par l'intermédiaire des groupes qualité, dont le colloque VIF dépendait d'ailleurs. C'était aussi une réalité du terrain : parmi les formations retrouvées ce sont celles où il y avait une participation médicale. Beaucoup de formations des associations ne mobilisent pas d'acteurs médicaux, ce qu'elles déplorent. Il se peut qu'il y ait malgré tout un biais de sélection. Et, par la nature même de notre étude, nous avons sélectionné une population suivant des formations et inscrite dans des réseaux de formations. Ce n'est pas le cas de l'ensemble des médecins en exercice. A ce titre, notre échantillon ne peut être représentatif de la population médicale normande, mais sans cette prérogative cette étude aurait été impossible. Enfin, bien que l'intérêt des participants ne semble pas être un biais dans notre étude, celle-ci étant basée sur le volontariat, il n'est pas exclu qu'un biais de sélection sur cet ordre existe.

Il est possible que notre inexpérience en matière d'entretien semi-dirigé induise un biais méthodologique. Bien que le guide d'entretien ait été testé préalablement et que l'investigatrice se soit entraînée auprès de médecins et d'internes, elle a pu manquer d'efficacité, de neutralité. D'autant que le sujet étant polémique, nous n'excluons pas qu'il ait pu être plus difficile d'exprimer, par exemple, une absence d'effet positif de la formation, induisant un biais de déclaration. Néanmoins certains médecins n'ayant pas hésité à faire part d'une absence d'intérêt pour le thème, on peut penser qu'ils étaient suffisamment à l'aise pour exprimer leur opinion.

Enfin, même si cela ne concerne pas la majorité, certains entretiens avaient un temps prédéfini qui a pu amener les médecins à être synthétiques et à ne pas aborder certains sujets. Cela faisait malheureusement partie des conditions parfois imposées pour pouvoir réaliser notre entretien, comme le lieu et l'heure. Il y a eu une extrême variabilité des lieux d'entretiens comme le cabinet médical, le restaurant et le domicile. On peut supposer que certains lieux, comme certains horaires, étaient plus propices que d'autres à la confiance ; un entretien à 8h45 au cabinet avant les consultations laisse moins de temps à l'élaboration, qu'un entretien en fin de journée, au domicile.

6. Perspective

Concernant les perspectives de formation, notre étude permet, à partir de l'avis des médecins, de suggérer un modèle de formation convenant le plus à leur besoin : une formation locale, en présentiel, regroupant des intervenants pluriprofessionnels locaux, contenant une partie de formation théorique avec experts et une partie d'échange potentiellement autour de cas du terrain. Le but étant de trouver des solutions ensemble à des problématiques du terrain. Ce format aurait le mérite de pouvoir être court, sur une soirée par exemple. Si un modèle plus long pouvait être proposé, des cas concrets avec mise en pratique de situations, voire des simulations, pourraient être formatifs autant sur la communication que sur la thématique. Par ailleurs, former conjointement, ou sur une autre formation, les médecins à des techniques de communication comme l'écoute active ou la thérapie de soutien pourrait permettre d'améliorer l'accompagnement des patients victimes de violences, tout en améliorant le sentiment d'impuissance des médecins. Au vu de la similarité des attentes des internes de médecine générale et des médecins généralistes, nous proposons de ne pas ouvrir ces formations aux seuls médecins installés, mais éventuellement aux internes en SASPAS.

Concernant les perspectives pour la recherche, le type de formation que nous proposons ci-dessus reste bien sûr à éprouver dans la pratique, et à évaluer à long terme. En effet, la pertinence de notre hypothèse serait à évaluer lors d'une étude quantitative prospective comparant les freins, les savoirs et les pratiques des médecins avant et après cette formation.

Concernant les perspectives pour la pratique, nos résultats suggèrent qu'un format de formation tel que décrit plus haut permettrait de diminuer certains freins ressentis, et d'améliorer les pratiques médicales jusqu'à correspondre aux attentes des patients victimes de violences. Mais ils laissent aussi penser que la répétition des formations est indispensable, et les fiches récapitulatives et contacts des outils précieux.

6. PERSPECTIVE

Concernant les perspectives dans l'organisation des soins, il semble qu'une amélioration de la coordination des soins soit attendue ; elle ne paraît pouvoir passer que par l'établissement d'une communication entre les médecins et le système social et judiciaire. Si on peut espérer que les formations permettent une meilleure compréhension des rôles de chacun, des décisions, voire l'établissement d'un lien entre les professionnels permettant de fonder une équipe efficace, cela ne peut se réaliser sans un investissement financier majeur pour que puissent se faire ces formations d'une part. Mais il s'agit aussi de pouvoir valoriser l'investissement médical, et d'adapter les infrastructures, voire de les multiplier. Si la communication entre acteurs de la prise en charge des victimes de violence paraît être à améliorer, c'est aussi la communication en général autour de ce thème qui doit se poursuivre. Il s'agit d'apprendre à chacun à la reconnaître et à la dénoncer pour faire tomber le tabou qui persiste toujours dans les mentalités et dans les cabinets. On peut même penser qu'au-delà d'une campagne publicitaire, une semaine ou un mois des violences, comme il existe celui du cancer du sein et de la prostate, ou la campagne ruban blanc en Belgique, permettrait de sensibiliser davantage chacun et de permettre aux médecins d'évoquer plus facilement le thème.

Conclusion

Suivre une formation sur le thème des violences conjugales permet aux médecins généralistes interrogés de développer leurs compétences. Cependant ces dernières seront d'autant plus vastes que la formation aura eu lieu sous la forme d'un échange interprofessionnel avec rencontre des intervenants locaux et que les formations seront répétées. Les médecins, ici, ont acquis une plus grande facilité à orienter, des connaissances, de l'aisance, et même plus de professionnalisme (patiente, écoute...). Néanmoins, si la répétition semble être un point clef permettant une assimilation progressive, suivre une seule formation paraît avoir un impact durable dans le temps. Cette observation, qui fait débat au sein d'autres études, serait à tester dans une autre thèse : quel est l'impact à long terme d'une formation aux violences conjugales ?

Cependant, l'effet des formations aux violences conjugales ne se résume pas seulement à l'intégration de connaissances, des changements comportementaux ou un mieux-être : elles permettent une évolution des freins au dépistage. Ainsi, les mentalités (tabou, déni médical, préjugés, malaise...), le manque de connaissance et l'impression d'un problème plus social et judiciaire que médical sont de moins en moins présents. Ce délitement progressif était attendu, en revanche, le maintien et la survenue de certains freins étaient plus surprenants. Mais la peur de l'erreur peut s'expliquer facilement chez les médecins formés qui font plus de prises en charge de victimes de violences, et donc de certificats, qui sont la cause fréquente de problèmes ordinaires, voire judiciaires. Cette crainte pourrait être dissipée en abordant cette thématique lors de formations. De même, la routine reste un obstacle au dépistage des violences conjugales, possiblement parce que le format des formations proposées n'était pas adapté. Un apprentissage par simulation ou abordant des techniques de communication pourrait rendre les médecins plus aptes à poser la question des violences de manière systématique. Enfin, de nombreux freins à la prise en charge sont apparus. Les difficultés d'accès et de communication avec le réseau (social, judiciaire, associatif...) sont des problèmes récurrents auxquels les formations ne sauraient être la seule réponse. Si elles peuvent améliorer les relations interpersonnelles, créer un esprit d'équipe, voire aider à trouver ensemble des solutions aux problèmes de terrain avec des formats *case report*, une poursuite des investissements financiers est nécessaire. Ceux-ci devraient servir à développer davantage de formations, d'outils de communications (plateforme d'échange interprofessionnel, par exemple) ou de structures d'accueil. Mais ce n'est pas seulement ce qui est espéré par les médecins interrogés. Un des problèmes majeurs soulevés étant la dévalorisation médicale, il serait indispensable de revaloriser la consultation et le suivi des personnes victimes de violences pour qu'ils correspondent à l'investissement médical. Revaloriser, c'est aussi tenir compte des certificats, signalements et avis des médecins. S'il y a un problème de communication certain (les décisions de justice et sociales étant souvent incomprises) que des rencontres interprofessionnelles autour de *case report* pourraient améliorer, une des attentes des médecins reste une meilleure protection des victimes.

Enfin, parmi les effets observés, se trouve l'évolution de la perception du rôle médical. Plus les médecins se forment, plus leur rôle s'en trouve étoffé, et plus il correspond aux attentes des victimes de violences. Le médecin généraliste est un accompagnateur, dont l'art de soigner réside dans sa capacité à tisser un lien thérapeutique avec les victimes de violences conjugales. Il peut être un intervenant

ponctuel qui rédige un certificat ou réoriente, mais par ses capacités de communication, son éthique et son professionnalisme, il développe une relation de confiance qui sera le point central de toute la prise en charge. C'est sur ces points que les médecins considèrent qu'ils devraient aussi être mieux formés.

A travers les attentes des médecins généralistes interrogés, les effets qu'ils relèvent des différentes formations, un portrait robot d'une formation pertinente a pu être dressé. Sur un temps court, un échange interprofessionnel avec tous les intervenants locaux pour discuter de problèmes de situations problématiques (*case report*) avec une présentation de points clefs théoriques par un expert (plus ou moins thèmes sources d'erreur comme les certificats, signalements, secret médical...) paraît être le format le plus sollicité. Dans un format plus long, des simulations de mise en pratique de dépistage, d'exercice d'écriture de certificats, de recherche d'éléments de gravité seraient probablement bénéfiques. L'entretien motivationnel, les techniques de communication pourraient également y être abordés ou faire l'objet d'une formation à part entière. Il s'agit de points transversaux qui amélioreraient le dépistage et la prise en charge des victimes de violences mais aussi la gestion de bien d'autres situations complexes de la médecine générale : autres violences, addictions, psychiatrie, soins palliatifs... Par ailleurs, ayant constaté que les besoins, les attentes et les buts des internes en médecine générale étaient similaires à ceux des médecins, ouvrir ces formations au moins au SASPAS apparaît judicieux. Bien sûr ces modèles de formation restent à éprouver et à tester en pratique ; une étude prospective, quantitative, pourrait permettre d'en mesurer la pertinence.

Au final, la variété et la répétition des formations, suivies par les médecins normands permettent d'améliorer leurs compétences dans le dépistage et la prise en charge des victimes de violences. Aussi l'investissement financier est à poursuivre dans ce domaine. Mais ces efforts devraient également se déployer vers davantage de campagnes de sensibilisation et d'éducation de la population, comme celles du type ruban blanc en Belgique. Nos campagnes françaises pourraient ainsi s'orienter plus encore vers la lutte contre les violences inter-sexes, et faire l'objet d'une semaine, ou d'un mois de prévention. Cela rendrait le thème plus facile d'accès pour le médecin et le patient, il s'ancrerait dans les habitudes et ferait évoluer les mentalités vers ce point : les violences conjugales ne sont pas un problème privé mais un problème de santé publique.

Bibliographie

1. INSEE, ONDPR, SSMSI. rapport d'enquête "L'enquête Cadre de vie et sécurité." 2018 p. 130–69.
2. Lazimi, Gilles, Piet, Emmanuelle, Casalis, Marie France. Violences faites aux femmes en France & rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. Les cahiers de santé publique et de protection sociale. 2011 Sep;9–18.
3. <https://www.police.be/5338/questions/documentations/la-violence-intrafamiliale>.
4. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. Genève; 2021.
5. Castex J, Dupont-Moretti E. Décret n° 2021-1516 du 23 novembre 2021 tendant à renforcer l'effectivité des droits des personnes victimes d'infractions commises au sein du couple ou de la famille. Code Penale, 2021-1516 Nov 23, 2021.
6. Le Figaro. Un statut de victime pour les enfants exposés aux violences conjugales. 2021 Nov 25;
7. Solidarité Femmes Loire-atlantique. Définition des violences conjugales <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/1-definition-des-violences-conjugales/>.
8. Hirigoyen MF. femmes sous emprise: Les ressorts de la violence dans le couple. Pocket; 2006.
9. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : comment repérer-évaluer. 2019.
10. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple: comment agir. 2020.
11. Salmona M. <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/memoire-traumatique.html>.
12. Organisation Mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé, London School of Hygiene and Tropical Medicine et South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013.
13. Mémoire Traumatique et victimologie, IPSOS. Violence sexuelle dans l'enfance : enquête auprès des victimes. 2019.
14. Henrion R. Rapport Henrion. 2001.
15. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>. Paris;
16. Malhanche P. <https://decliviolence.fr/>; 2016.
17. Malhanche P. DECLICVIOLENCE : SITE INTERNET D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES ENVERS LES FEMMES EN MEDECINE GENERALE. Médecine Interne.2016.
18. Linassier A. Application du questionnaire WAST en France dans les violences conjugales en médecine ambulatoire. Faculté de Médecine de Poitiers; 2017.
19. Ambert V. Repérage et prise en charge des femmes victimes de violences : identification des besoins et actions menées dans la Manche. Caen; 2019.
20. Barroso-Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Faculté de Médecin Paris Diderot; 2013.
21. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. [Paris IV]: Faculte de Médecine Pierre et Marie Curie; 2012.
22. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires ? Quelles réponses peut-on apporter ? Faculté de Médecine de Nancy; 2016.
23. Auslender V. Les violences faites aux femmes : enquête nationale auprès des étudiants en médecine. Pierre et Marie Curie; 2015.
24. CNGOF. Gynécologie Obstétrique [Internet]. 3eme edition. Paris: Elsevier Masson; 2015 [cited 2022 Sep 14]. 596 p.. Available from: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/08-ch01-01-08-9782294715518-VS.html>

25. Chiron N. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : évaluation du vécu et de la formation des internes au cours de leur DES de médecine générale à la faculté de médecine d'Angers [qualitative]. [Angers]: faculté de santé université d'Angers; 2020.
26. Le DPC - Le DPC en pratique [Internet]. [cited 2022 Sep 6]. Available from: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>
27. ONDPC. monDPC [Internet]. [cited 2022 Sep 6]. Available from: <https://www.mondpc.fr/mondpc/accueil>
28. Malhanche P. Décliviolence: site internet d'aide à la prise en charge des violences conjugales envers les femmes en médecine général. Faculté de Médecine d'Auvergne Clermont; 2016.
29. Les fonctionnements des Groupes Qualité | [Internet]. [cited 2022 Sep 6]. Available from: <https://www.urml-normandie.org/en-action/groupes-qualite-gqn/les-fonctionnements-des-groupes-qualite/>
30. bigot audrey. Impact d'un dépliant pédagogique sur les violences conjugales à destination des internes de médecine générale. faculté de médecine de Poitiers; 2018.
31. Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effets de la formation sur la violence conjugale. Le médecin de famille canadien. 2014 Jul;60(e340 à e347):8.
32. Pinar Gul. The Role of Simulation-Based Education for Domestic Violence Management. Creative Education [Internet]. 2021 Dec;12(12). Available from: [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/journal/paperinformation.aspx?paperid=14089#ref11](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/journal/paperinformation.aspx?paperid=14089#ref11)
33. Université de Strasbourg. Le modèle Kirkpatrick - Formation Continue Université de Strasbourg [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 5]. Available from: <https://sfc.unistra.fr/formation-continue-de-luniversite-de-strasbourg/notre-offre/kirkpatrick/>
34. Patrick Bouet, Jean-François Gérard-Varet, CNOM. Situation au 1er janvier 2020 Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Paris; 2021. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
35. Frémot L. Non-assistance à femmes en danger. L'observatoire. Paris: Humensis; 2021. 165 p.
36. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. société française de santé publique. 2015 Oct;27(5):679-90.
37. Villeneuve Béatrice. La formation initiale des médecins généralistes sur les violences conjugales en France : état des lieux et propositions. [Créteil]: faculté de médecine de Créteil; 2016.
38. URLM. Les thèmes 2020 [Internet]. [cited 2022 Sep 13]. Available from: <https://www.urml-normandie.org/en-action/groupes-qualite-gqn/les-themes/>
39. McCluskey Annie, Lovarini Meryl. Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: a before and after study. BMC Medical Education. 2005 Dec 19;5(40):12.
40. Vignocan Lauriane, Monti Marion. "Que puis-je faire pour vous?" La consultation de médecine générale: attente des femmes ayant vécu des violences sexuelles [qualitative]. [Toulouse]: Paul Sabatier-Toulouse, faculté de médecine; 2016.
41. Moschetti Julien. Revalorisation de la consultation : Olivier Véran accusé de "mépris." WHAT'S UP DOC. 2020 Sep 16;
42. Le Monde, AFP. La Sécu et les médecins libéraux trouvent un accord prévoyant des revalorisations pour les généralistes et les spécialistes. 2021 Jul 30; Available from: https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/07/30/la-secu-et-les-medecins-liberaux-trouvent-un-accord-prevoyant-des-revalorisations-pour-les-generalistes-et-les-specialistes_6090059_3224.html
43. Fondation des femmes, Conseil Economique Social et Environnemental, Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, Women's WorldWild Web, Méditerranéanwomen'sfund. Où est l'argent contre les violences faites aux femmes ? [Internet]. 2018 p. 68. Available from: https://haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-ou_est_argent-vf.pdf
44. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. budget 2022 ministère égalité femmes-hommes [Internet]. Paris; 2021 Jul p. 1. Report No.: communiqué de presse. Available from: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/cp-budget-2022-ministere-egalite-femmes-hommes-15-07-2021/>
45. Bolot AL. Identification des violences conjugales en médecine générale : évaluation de deux interventions. Université de Franche-comté; 2010.
46. Carls R;Rogers, Kirschenbaum Howard, Land Henderson Valérie. l'approche centrée sur la personne. Ambre eds. 2013. 544 p. (Developpement Personnel).
47. AFDEM. Entretien Motivationnel [Internet]. 2013. Available from: <https://afdem.org/entretienmotivationnel/>

BIBLIOGRAPHIE

48. Solty Charlotte. Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel | AFDEM [Internet]. 2013 [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://afdem.org/em-medicine-generale/>
49. Alam Solty, Charlotte. Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel [Internet]. [Caen]: faculté de Médecine Caen; 2013. Available from: https://reims.cnge.fr/IMG/pdf/these_ALAM-SOLTY.pdf
50. M. Salomon, E. Baccino, F. Rodrigues. Les violences intrafamiliales : ce qu'il en est dans un cabinet de médecine générale. La Revue de Médecine Légale. 2021 Mar;12(1):35-44.
51. Bannier, Charlotte. Place du médecin généraliste dans le dépistage des violences conjugales : attentes des femmes victimes de violences conjugales suivies en consultation VIF à Saint-Malo et à Dinan [Internet]. [Rennes]: université de Rennes 1; 2021. Available from: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/1a67f515-a77a-4f73-9b20-0d850b9d6058?inline>
52. Toussay, Jade, AFP. Journée contre les violences faites aux femmes: une semaine pour sensibiliser les élèves. Huffingtonpost [Internet]. 2021 Nov 25 [cited 2022 Sep 12]; Available from: https://www.huffingtonpost.fr/politique/article/journee-contre-les-violences-faites-aux-femmes-une-semaine-pour-sensibiliser-les-eleves_189016.html
53. Synergie Wallonie. Campagne Ruban Blanc - synergie-wallonie.org [Internet]. [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://synergie-wallonie.org/campagne-ruban-blanc/>
54. Dupont-Moretti E, Haute Autorité de Santé. Vademecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal : secret médical et violence au sein du couple. 2021.
55. Vincendon, Salomé. Violences conjugales: pourquoi la levée du secret médical fait débat? [Internet]. BDM TV. 2020 [cited 2022 Sep 13]. Available from: https://www.bfmtv.com/politique/violences-conjugales-pourquoi-la-levee-du-secret-medical-fait-debat_AN-202001280018.html
56. Achard, Pauline. Violences conjugales : l'exception au secret médical fait débat – Libération. Liberation [Internet]. 2020 Jul 30 [cited 2022 Sep 13]; Available from: https://www.liberation.fr/france/2020/07/30/violences-conjugales-l-exception-au-secret-medical-fait-debat_1795423/
57. Poyer-Pouillet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Evaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire. Faculté de Médecine de Nantes; 2006.
58. Janeiro Janeiro O. Dépistage systématique, en médecine générale, des violences conjugales faites aux femmes. Faculté de Médecine de Marseille; 2018.

Annexes

1. Guide d'entretien

Guide d'entretien utilisé lors des discussions avec les médecins qui ont participé à cette étude.

Guide d'entretien

Quel est l'impact des formations sur les médecins généralistes bas normand, concernant le dépistage et la prise en charge des victimes de violences conjugales ?

Objectif :

Le but serait de montrer comment les formations impactent le médecin généraliste dans ses ressentis et sa pratique, voire de déboucher sur un modèle explicatif mettant en lien la formation, l'évolution des freins et de la prise en charge.

Idée de sous-objectif :

Evaluer connaissance du réseau post formation

Evaluer les freins persistants post-formation

Déterminer quelle orientation les formations pourraient prendre.

Questions d'anonymisation :

Nom/prénom

Sexe

Age

Mode d'exercice

« Année(s) d'expérience »

nombre de formations suivies :

1.: Pouvez-vous me raconter la dernière situation de violences conjugales à laquelle vous avez été confronté depuis la formation ?

2.: Pouvez-vous me décrire la formation que vous avez suivie ? Quel a été votre parcours ?

Question de relance

Comment se déroulait la formation que vous avez suivie ?

Quel type de formation avez-vous suivie ?

Quels professionnels avez-vous rencontrés à cette occasion ?

3.: Comment avez-vous été amené à suivre cette formation ?

Question de relance

Qu'est-ce qui a fait que vous avez suivi cette formation ?

Pouvez-vous me décrire les éléments déclencheurs, positifs ou négatifs, qui vous ont amené à suivre cette formation ?

Qu'est-ce qui aurait pu vous démotiver, vous empêcher de faire la formation ou au contraire vous y inciter ?

Comment vous formez-vous habituellement ?

4.: Pouvez-vous me décrire les changements/répercussions que vous avez constatés dans votre pratique professionnelle ?

Question de relance :

Comment a évolué votre pratique depuis ?

Si vous deviez comparer vos prises en charge de personnes victimes de violences, constatez-vous des différences ? Avez-vous remarqué des changements dans votre pratique ?

Comment dépistez-vous maintenant par rapport à avant ? Comment votre pratique du dépistage des violences a-t-elle évolué ?

Comment à évoluer votre réseau de contact depuis la formation ? Pouvez-vous me décrire les contacts que vous utilisez ou pensez utiliser d'avantages ? Quels sont les réseaux dont vous avez entendu parlé (ENVOL ?) ?

5.: Comment évalueriez-vous votre expérience personnelle face aux situations de violences, désormais ?

Questions de relance:

Pouvez-vous me décrire ce que vous ressentez maintenant lorsque vous dépistez ou prenez en charge une personne victime de violence ?

Comment ont évolué les freins que vous pouviez ressentir auparavant ? Y-a-t-il des freins que vous ressentiez avant (appréhension, isolement, absence de réseau...) et que vous avez-vous disparaitre ? Y-a-t-il des freins que vous ressentez toujours ? au contraire êtes vous à l'aise et satisfait de vos prises en charge

6 : Comment a évolué votre intérêt/regard sur le sujet depuis la formation ?

Quel changement au niveau de vos interlocuteurs avez-vous remarqué ? Y-a-t-il des personnes avec lesquelles vous aimeriez interagir désormais ?

7 : Que pensez-vous de la formation que vous avez suivie ? Comment améliorerez-vous la formation que vous avez suivie ?

Questions de relance:

Qu'est-ce qui vous a été utile ? Qu'est ce qui vous serez utile ?

Pouvez-vous me décrire les éléments que vous souhaiteriez voir améliorer, les choses à aborder ou les points à conserver ?

Quelles autres formations sur les violences vous semblerez adaptées ou complémentaires ? Pouvez-vous me citer des thèmes plus poussés sur lesquels vous souhaiteriez être formés ?

Quels autres professionnels souhaiteriez-vous voir participer à ces formations? ?

8: Quelle serait selon vous la meilleure façon de former les médecins généralistes aux violences conjugales ?

Quel mode de formation vous semble le plus adapté et formateur sur ce thème ? Comment auriez-vous aimé être formé ?

Quel est la moment le plus propice à la formation aux violences conjugales ?

conclusion : avez vous des précisions à apporter?

2. Fiche contact

Fiche contact distribuée pendant une formation.

**VIOLENCES
CONJUGALES**
SAVOIR LES RECONNAÎTRE

VOUS ÊTES
EN CONTACT
AVEC UNE PERSONNE
VICTIME
DE VIOLENCES

LA
MANCHE
S'ENGAGE

CONSEILS
POUR AIDER ET ORIENTER
LES VICTIMES DE VIOLENCES

VIOLENCES FEMMES INFO
APPELEZ LE
3919*

manche.fr
f | t | i | s

*Appel anonyme et gratuit

PREFET
DE
LA MANCHE

LUTTE CONTRE LES
VIOLENCES
DOMESTIQUES, SEXUELLES
ET SEXUALISÉES
PROTOCOLE DÉPARTEMENTAL 2017-2020
RÉGION DE LA MANCHE

LA MANCHE
CARRÉ MANCHE

POURQUOI CE GUIDE ?

LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES CONJUGALES RELEVENT DE LA RESPONSABILITÉ DE TOUS.

En France

138 personnes sont décédées en 2016, victimes de la violence de leurs partenaires ou ex-partenaires.

8 victimes sur 10 sont des femmes.

25 enfants ont également été les victimes de ces violences.

La persistance des violences conjugales batoute les droits et la dignité des personnes et constitue le 1^{er} obstacle à l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

Un protocole piloté par la Préfecture de la Manche, en lien avec les Procureurs et le Département de la Manche, fédère les volontés. Dans le sens de la Grande Cause Nationale du Quinquennat présidentiel,

UN RÉSEAU SE CRÉE AU PROFIT DE LA PRÉVENTION ET DE LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE, LES VIOLENCES INTRAFAMILIALES ET LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES.

À consulter :

manche.gouv.fr
 (rubrique : Politiques publiques/Cohésionsociale et Solidarité/Egalité-femmes-hommes/dans-la-Manche/Lutte-contre-les-violencessexistes-et-sexuelles)
manche.fr
 (rubrique : conseil départemental / Violences conjugales)

CE GUIDE VOUS DONNERA DES RESSOURCES POUR MIEUX REPRENDRE ET ORIENTER DES PERSONNES VICTIMES.

2

LA PERSONNE QUI S'ADRESSE À VOUS EST PEUT-ÊTRE VICTIME DE VIOLENCES ?

QUELLES VIOLENCES ?

Elles peuvent être :

VERBALES, PHYSIQUES, PSYCHOLOGIQUES, SEXUELLES OU ÉCONOMIQUES, dans la sphère privée ou publique, dans toutes les catégories sociales, économiques et culturelles, quel que soit le contexte éducatif ou religieux.

La violence conjugale n'est pas un conflit de couple dont l'issue est incertaine, mais **UN PROCESSUS DE DOMINATION SEXISTE.**

IL S'AGIT D'UNE STRATÉGIE QU'UN AGRESSEUR UTILISE POUR AVOIR L'EMPISE SUR SA VICTIME.

Dans une très grande majorité, **les victimes sont des femmes, en raison de stéréotypes sexistes.**

Les hommes victimes sont moins nombreux, ils subissent essentiellement des violences psychologiques.

Dans tous les cas de violences dans le cadre familial, **les enfants témoins doivent être eux-mêmes considérés comme des victimes.**

PERSONNE N'EST À L'ABRI DE CE TYPE DE VIOLENCES.

En dépit des campagnes de sensibilisation, les victimes de violences conjugales sont encore stigmatisées par la société qui se fait l'alliée objective des agresseurs : **« Elle refuse toute aide »**, **« Elle ne le quitte pas, c'est que cela ne la dérange pas tant que cela »**.

- ▶ **SOYEZ PARTICULIÈREMENT VIGILANT** si une personne est désorientée, épuisée, repliée sur elle-même. Cependant, les signes ne sont pas toujours visibles du fait de la honte et la culpabilité ressenties par les victimes. Derrière une demande de logement, d'aide financière, de soins ou d'IVG, des troubles du sommeil, une démarche de divorce ou encore un mal-être au travail... peut se cacher une situation de violence.
- ▶ **N'HÉSITEZ PAS À DEMANDER AUX PERSONNES SI ELLES VIVENT OU ONT VÉCU DES VIOLENCES.**
- ▶ **INTERROGEZ** systématiquement les personnes sur l'existence de violences afin de les détecter de manière effaçable et améliorer la prise en charge des victimes.



VOUS POUVEZ AGIR SIMPLEMENT POUR AIDER UNE PERSONNE VICTIME !

DÉCULPABILISEZ-LA, RASSUREZ-LA

« *Je vous crois.* »

« *Vous n'y êtes pour rien.* »

« *L'agresseur est le seul responsable.* »

« *La loi interdit et punit les violences.* »

ORIENTEZ-LA

VERS UNE STRUCTURE SPÉCIALISÉE POUR UNE ÉCOUTE ET UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL, MÉDICAL, PSYCHOLOGIQUE ET/OU JURIDIQUE ADAPTÉ.

REPÉREZ

LES DISPOSITIFS D'ACCUEIL, D'ACCOMPAGNEMENT ET D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES VICTIMES DE VIOLENCES :
 « *Les annuaires en fin de livret sont là pour vous aider.* »

Vous ou un proche avez été victime, d'une agression, de violences physiques, de propos

racistes ou d'autres infractions : vous trouverez à ce numéro une écoute attentive par des professionnels et une orientation vers une association d'aide aux victimes proche de votre domicile ou vers d'autres services spécialisés qui pourront vous aider. L'INAVEM (Institut national d'aide aux victimes et de médiation) est composé de 150 associations d'aide aux victimes.

Sachez que les femmes victimes peuvent être écoutées et conseillées gratuitement et anonymement en appelant :

3919 VIOLENCES FEMMES INFO

Numéro national d'information pour les femmes victimes de violences, leur entourage et les professionnels

3

FACE À UNE PERSONNE VICTIME DE VIOLENCES

EN TANT QUE :

ÉLU(E)
PROFESSIONNEL(LE) MÉDICO-SOCIAL(E)
MÉDECIN ET PROFESSIONNEL(LE) DE SANTÉ
AVOCAT(E)
POLICIER/POLICIÈRE
GENDARME
MAGISTRAT(E)
PROFESSIONNEL(LE) DE L'ENFANCE
CITOYEN(INE)



QUELLE ATTITUDE ADOPTER ?

VOTRE RÔLE EST ESSENTIEL DANS L'ÉCOUTE,
L'ACCUEIL ET L'ORIENTATION D'UNE PERSONNE
VICTIME DE VIOLENCES.

EN LIBÉRANT SA PAROLE, VOUS LUI PERMETTEZ
DE SORTIR DE L'ISOLEMENT ET D'ÊTRE RECONNUE
COMME VICTIME.



1 CRÉEZ UN CADRE SÉCURISANT

L'entretien doit avoir lieu en privé et de manière confidentielle, c'est-à-dire : en l'absence de tous les membres de la famille ; veillez à limiter les allées et venues autour d'elle ; demandez-lui si elle souhaite garder la porte ouverte ou non ; si elle veut être assise ou debout...



2 ADOPTEZ UNE ÉCOUTE ACTIVE ET BIENVILLANTE

Souvenez-vous quelle a subi, récemment ou non, un traumatisme et quelle n'a pas été entendue ni respectée dans ses volontés.

Donnez du crédit à sa parole. Déculpabilisez et rassurez la personne victime en disant :

« *Je vous crois* », « *Vous n'y êtes pour rien* »,

« *L'agresseur est le seul responsable* », « *La loi interdit et punit les violences* »,

« *Je suis à votre disposition pour vous revoir quand vous le désirez* »,

« *D'autres professionnels spécialisés peuvent vous aider à vous en sortir* ».



3 ÉVALUEZ LA SITUATION POUR IDENTIFIER LE DANGER ENCOURU

N'hésitez pas à lui demander si elle a peur, si elle subit des menaces, des représailles, si elle est suivie, etc. afin de repérer une éventuelle situation de danger pour elle et/ou pour ses enfants.

4



4 AGISSEZ À VOTRE NIVEAU

Si vous avez repéré une situation de violences, vous êtes légitime pour aider la victime dans ses démarches. Pour savoir ce que vous pouvez faire à votre niveau, consultez en ligne les fiches réflexes par métier sur stop-violences-femmes.gouv.fr : trame de plainte, modèle de certificat, attestation, etc. Les professionnels répertoriés dans l'annuaire peuvent également vous accompagner à ce niveau.



5 ORIENTEZ VERS LES STRUCTURES SPÉCIALISÉES

Pour sortir des violences, un accompagnement spécialisé pluri-professionnel est essentiel :

médico-social, psychologique, médical, juridique, au logement ...

A l'aide de l'annuaire, orientez les personnes victimes de violences avec lesquelles vous êtes en contact vers les structures spécialisées. Elles sauront répondre à leurs besoins spécifiques.

Le numéro national gratuit d'information **3919 « VIOLENCES FEMMES INFO »** et le **08VICTIMES (08 842 846 37)** sont destinés aux personnes victimes, à leur entourage et aux professionnels.



6 RESPECTEZ SON CHOIX

Remettez-lui le numéro **3919** et/ou les coordonnées des dispositifs de l'annuaire pour quelle puisse les contacter elle-même.

Dans tous les cas : respectez son choix. Si elle ne veut pas porter plainte ou prendre contact avec les structures tout de suite, elle est décisionnaire. Grâce à votre aide, elle saura qui contacter quand elle sera prête.

5

POUR ALLER PLUS LOIN...

APPUYEZ-VOUS SUR L'ANNUAIRE POUR IDENTIFIER VOTRE RESEAU DE PARTENAIRES SPÉCIALISÉS DE PROXIMITÉ.

REJOIGNEZ LE RÉSEAU DU PROTOCOLE

pour vous informer, vous former et agir collectivement pour la prévention et la lutte des violences au sein du couple, les violences intra familiales et les violences faites aux femmes.



CONTACT :

Préfecture de la Manche
 Délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité
02 50 71 50 00 - 06 85 94 22 49
 gaelle.james@manche.gouv.fr

FORMEZ-VOUS POUR COMPRENDRE LE CYCLE DES VIOLENCES, L'AGRESSEUR, LE CADRE DE LA LOI.

▶ **DES SESSIONS DE FORMATION SUR MESURE** peuvent être organisées par les signalataires du protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences au sein du couple, les violences intrafamiliales et les violences faites aux femmes.

ANNUAIRE DES CONTACTS DANS LA MANCHE
RESSOURCES DE LA ZONE NORD
 ACCUEILS CONFIDENTIELS ET GRATUITS

LES ÉQUIPES DES 3 TERRITOIRES DE SOLIDARITÉ :
accueil, écoute, orientation et accompagnement dans les démarches

Centre médico-social de Cherbourg-Hague
 02 33 10 01 50 - cms-cherbourg-hague@manche.fr
 Centre médico-social de Cherbourg-Vai de Saire
 02 33 88 77 10 - cms-cherbourg-valdesaire@manche.fr
 Centre médico-social du Valognais
 02 33 21 74 00 - cms-valognes@manche.fr

▶ **LES CENTRES DE PLANIFICATION ET D'ÉDUCATION FAMILIALE :** contraception, conflits de couple et violences conjugales. Ils sont implantés dans les centres médico-sociaux et au Centre Hospitalier public du Cotentin, CPEF du Centre Hospitalier du Cotentin - 02 33 20 75 48
 centredeplanificationfamiliale@ch-cotentin.fr

CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE REINTEGRATION SOCIALE LOUISE MICHEL : accueil physique, téléphonique et hébergement en urgence et à moyen terme (6 mois). Femmes majeures, avec ou sans enfants. Soutien matériel, social, éducatif et psychologique.
 02 33 88 55 77 - www.associationfemmes.org

MAISON PARENTALE PAULINE ROLAND : accueil de femmes mineures ou majeures, enceintes ou accompagnées de moins de trois ans. Travail sur la relation parent/enfant, sur mission de protection de l'enfance
 02 33 87 58 30 - www.associationfemmes.org

L'ASSOCIATION LA BELLE ÉCHAPÉE : accueil physique et téléphonique, écoute, accompagnement et soutien dans les démarches et parcours individuels
 06 68 53 10 06 jusqu'au 31/12/2018
 06 25 81 36 40 à partir du 01/01/2019

LE CENTRE D'INFORMATION SUR LE DROIT DES FEMMES ET DES FAMILLES : accueil et information sur les droits pour tous les publics, accompagnement de victimes de violences par une équipe pluridisciplinaire
 02 33 94 77 05 - cedrifas@wanadoo.fr

UNITÉ MÉDICO JUDICIAIRE DU CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU COTENTIN : prise en charge médico-judiciaire des victimes sur réquisition, orientation vers les structures sociales, judiciaires et associatives du territoire
 02 33 20 78 97

CONSULTATIONS DE VICTIMOLOGIE DE L'UNITÉ MÉDICO JUDICIAIRE DE L'HÔPITAL MÉMORIAL DE SAINT-LO : consultation onygn et gratuite pour conseil et constat dans un contexte de violence et en dehors d'une démarche judiciaire
 02 33 06 30 78

LE CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU COTENTIN :
 SERVICE DES URGENCES
 ET DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Urgences : secretariat.urgences@ch-cotentin.fr
 02 33 20 70 00
 Service de gynécologie - obstétrique :
 secretariat.maternité@ch-cotentin.fr

PERMANENCES DE L'ASSOCIATION D'AIDE AUX VICTIMES, DE CONTRÔLE JUDICIAIRE SOCIO-ÉDUCATIF ET DE MÉDIATION PÉNALE :
 service gratuit d'écoute, d'information juridique de soutien psychologique et d'accompagnement dans les démarches pour les victimes et leurs proches
 02 33 78 98 49 - agjm.cherbourg@wanadoo.fr
 www.agjm-normandie.fr

LA MAISON DES ADOLESCENTS DE LA MANCHE :

accueil, écoute, évaluation et accompagnement. Pour tout jeune jusqu'à 25 ans et son entourage. Anonymat possible si souhaité. Avec ou sans rendez-vous sur nos 12 lieux d'accueil (3 antennes et 9 permanences), par téléphone, mail ou sur facebook
 02 33 72 70 67 - Maisondesados@maisondesados50.fr
 www.maisondesados50.fr
 maison des adolescents de la Manche

MAISON DE SERVICES PUBLICS DE LA HAGUE : accueil, écoute et orientation par des associations locales de soutien et d'accompagnement psychologique, social et juridique
 02 33 01 83 90 - das@lahague.com

LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES : conseil, soutien aux parents ayant la charge permanente ou occasionnelle d'un enfant, accompagnement social dans les démarches de la parentalité, du logement, de l'accès aux droits, des vacances et des temps libres, de la vie sociale
 Les travailleurs sociaux des antennes
 du nord de la Manche :

ts-cherbourg.cafmanche@cafmail.fr
 ts-equerdeville.cafmanche@cafmail.fr
 ts-sceville.cafmanche@cafmail.fr
 ts-tourlaville.cafmanche@cafmail.fr
 ts-valognes.cafmanche@cafmail.fr
 www.caf.fr

CCAS DU MESNIL AU VAL : information, écoute et orientation des personnes victimes et de leurs proches
 06 15 13 82 72
 ccas.mesnilauval.intervention@hotmail.fr

ANNUAIRE DES CONTACTS DANS LA MANCHE

RESSOURCES DE LA ZONE CENTRE ACCUEILS CONFIDENTIELS ET GRATUITS



LES ÉQUIPES DES 3 TERRITOIRES DE SOLIDARITÉ :

accueil, écoute, orientation
et accompagnement dans les démarches

Centre médico-social des Marais du Cotentin
02 33 71 63 63 - cms-carentan@manche.fr

Centre médico-social de Coutances
02 33 17 40 40 - cms-coutances@manche.fr

Centre médico-social du Val de Vire
02 33 77 25 30 - cms-saint-lo@manche.fr

LES CENTRES DE PLANIFICATION ET D'ÉDUCATION FAMILIALE :

contraception, conflits de couple
et violences conjugales

Ils sont implantés
dans les centres médico-sociaux.

L'ACCUEIL DE JOUR 50 POUR LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE :

accueil inconditionnel, anonyme et gratuit,
accompagnement, écoute, information, orientation,
suivi personnalisé

02 33 57 75 67 - chrs.villa.myriam@saint-lo.fr

LE CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE RÉINSERTION SOCIALE VILLA MYRIAM :

accueil de femmes, couples ou familles vivant
l'autonomie, accès aux droits fondamentaux
02 33 57 75 67 - chrs.villa.myriam@saint-lo.fr

LE CENTRE D'INFORMATION SUR LE DROIT DES FEMMES ET DES FAMILLES :

accueil et information sur les droits pour tous les
publics, accompagnement de victimes de violences
par une équipe pluridisciplinaire
02 33 94 77 05 - cediffass@wanadoo.fr

CONSULTATIONS DE VICTIMOLOGIE DE L'UNITÉ MÉDICO JUDICIAIRE DE L'HÔPITAL MÉMORIAL DE SAINT-LO :

consultation anonyme et gratuite pour conseil
et constat dans un contexte de violence
et en dehors d'une démarche judiciaire.
02 33 06 30 78

MAISON DE LA JUSTICE ET DU DROIT DE SAINT-LO :

aide aux victimes, accès aux droits,
accompagnement, information, accueil.
02 33 72 87 20 - maison.justice@orange.fr

PERMANENCES DE L'ASSOCIATION DAIDE AUX VICTIMES DE CONTRÔLE JUDICIAIRE SOCIO-ÉDUCATIF ET DE MÉDIATION PÉNALE :

service gratuit d'écoute, d'information juridique,
de soutien psychologique et d'accompagnement
dans les démarches pour les victimes et leurs proches
Permanences à Coutances (rue de l'Écluse Chetie),
à la gendarmerie de Carentan, aux commissariats
de Coutances et de Saint-Lo, au tribunal de grande
instance de Coutances et à la maison de la justice
et du droit de Saint-Lo.

02 33 19 05 80

ajqm.coutances@wanadoo.fr
www.ajqm.normandie.fr

LA MAISON DES ADOLESCENTS DE LA MANCHE :

accueil, écoute, évaluation et accompagnement.
Pour tout jeune jusqu'à 25 ans et son entourage.
Anonymat possible si souhaité. Avec ou sans rendez-
vous sur nos 12 lieux d'accueil (3 antennes et 9
permanences), par téléphone, mail ou sur facebook

02 33 72 70 60

Maisonsdesados@maisondesados50.fr
www.maisonsdesados50.fr

maison des adolescents de la Manche

MAISON DU PAYS DE LESSAY :
accueil, information, écoute, orientation
et accompagnement social des personnes
en difficultés.

Référence famille - 02 33 46 84 69
famille.mdp@anton-hessy.com

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE CARENTAN LES MARAIS :

accueil, information, écoute, orientation
et accompagnement social des personnes
en difficultés

02 33 42 74 00 - ccas@carentan.fr

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE COUTANCES :

accueil, écoute, information, orientation
et accompagnement social des personnes
en difficultés

02 33 19 17 80 - contact@ccas.coutances.fr

LA CAISSE D'ALLOCACTIONS FAMILIALES :

conseil, soutien aux parents ayant la charge
permanente ou occasionnelle d'un enfant,
accompagnement social dans les domaines de la
potentialité, du logement, de l'accès aux droits, des
vacances et des temps libres, de la vie sociale

Les travailleurs sociaux des antennes
du centre de la Manche :

ts-carentan.cafmanche@cafmanche.fr
ts-coutances.cafmanche@cafmanche.fr
ts-saint-lo.cafmanche@cafmanche.fr
www.caf.fr

ALTERNATIVES SOLIDAIRES (GROUPE «AFFRANCHE») :

lieu d'accueil, écoute et orientation
06 51 19 32 53
www.alternatives.solidaires.com/un-lieu-
d-echanges/groupe-de-femmes-affranche/

ANNUAIRE DES CONTACTS DANS LA MANCHE

RESSOURCES DE LA ZONE SUD

ACCUEILS CONFIDENTIELS ET GRATUITS

LES ÉQUIPES DES 3 TERRITOIRES DE SOLIDARITÉ :

accueil, écoute, orientation et accompagnement dans les démarches

Centre médico-social du Granvillais

02 33 91 14 00 - cms-granville@manche.fr

Centre médico-social de la Baie du Mont-Saint-Michel

02 33 89 27 60 - cms-avanches@manche.fr

Centre médico-social du Mortainais

02 33 69 28 00 - cms-sainthilaire@manche.fr

LES CENTRES DE PLANIFICATION ET D'ÉDUCATION FAMILIALE : contraception, conflits de couple et violences conjugales.

Ils sont implantés dans les centres médico sociaux.

CENTRE D'HEBERGEMENT ET DE RÉINSERTION SOCIALE LE CAP : accueil, écoute, hébergement

accompagnement, orientation pour les femmes seules, avec ou sans enfants confrontés à des problèmes liés de violences familiales ou conjugales.

02 33 60 94 26 - chslecap.avanches@orange.fr

LE CAP, LIEUX D'ÉCOUTE À VILLEDIEU-LES-POÈLES-ROUFFIGNY, AVANCHES ET SAINT-HILAIRE-DU-HARCOUËT : écoute, accompagnement, informations, soutien, orientations en fonction des attentes et/ou besoins de la personne

06 37 45 65 60 - accueildejour@adseam.asso.fr

LE CENTRE D'INFORMATION SUR LE DROIT DES FEMMES ET DES FAMILLES : accueil et information sur les droits pour tous les publics, accompagnement de victimes de violences par une équipe pluridisciplinaire.

02 33 94 77 05 - cedf@ass@wanadoo.fr

CONSULTATIONS DE VICTIMOLOGIE DE L'UNITÉ MÉDICO JUDICIAIRE DE L'HÔPITAL MÉMORIAL DE SAINT LO : consultation anonyme et gratuite pour conseil et constat dans un contexte de violence et en dehors d'une démarche judiciaire.

02 33 06 30 78

POLE FAMILLE ÉGALITÉ FEMMES HOMMES

accueil, écoute, information, orientation

07 72 35 43 56 - pole.famille@ville-granville.fr

PERMANENCES DE L'ASSOCIATION D'AIDE AUX VICTIMES DE CONTRÔLE JUDICIAIRE SOCIO-ÉDUCATIF ET DE MÉDIATION PÉNALE :

service gratuit d'écoute, d'information juridique, de soutien psychologique et d'accompagnement dans les démarches pour les victimes et leurs proches.

Gendarmerie d'Avanches - 02 33 19 05 80

ajfm.coulances@wanadoo.fr

www.ajfm-normandie.fr

LA MAISON DES ADOLESCENTS DE LA MANCHE :

accueil, écoute, évaluation et accompagnement. Pour tout jeune jusqu'à 25 ans et son entourage. Anonymat possible si souhaité. Avec ou sans rendez-vous à nos 12 lieux d'accueil (3 antennes et 9 permanences), par téléphone, mail ou sur facebook.

02 33 72 70 60 - Maisondesados50@maisondesados50.fr

www.maisondesados50.fr

maison des adolescents de la Manche.

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE GRANVILLE : accueil, écoute, accompagnement et hébergement.

02 33 91 23 30 - vf@ville-granville.fr

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE D'AVANCHES : accueil, écoute et accompagnement des personnes en difficultés.

02 33 79 39 40 - ccas@avanches.fr

LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES :

conseil, soutien aux parents ayant la charge permanente ou occasionnelle d'un enfant, accompagnement social dans les domaines de la parentalité, du logement, de l'accès aux droits, des vacances et des temps libres, de la vie sociale.

Les travailleurs sociaux des antennes du sud de la Manche :

ts-granville.cafmanche@cafmail.fr

ts-avanches.cafmanche@cafmail.fr

ts-st-hilaire.cafmanche@cafmail.fr

www.caf.fr

En cas d'urgence, appelez la police ou la gendarmerie, en composant le **17** (ou le **112** d'un portable, appel gratuit).



Le numéro d'écoute, d'information et d'orientation

Numéro d'écoute national destiné aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés.

Appel anonyme et gratuit 7 jours sur 7, de 9h à 22h du lundi au vendredi et de 9h à 18h les samedi, dimanche et jours fériés.

Le 0 800 05 95 95 « SOS Viols Femmes Informations »

Ce numéro est destiné aux femmes victimes de viol ou d'agressions sexuelles, à leur entourage et aux professionnels concernés.

C'est un numéro d'écoute national et anonyme. Il est accessible et gratuit depuis un poste fixe en métropole et dans les DOM du lundi au vendredi de 10 h à 19 h.

Le 119 Allô enfance en danger

Ce numéro national est dédié à la prévention et à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être, ouvert 24h/24, 7 jours/7 et gratuit.

L'ASSOCIATION SORTIR DU SILENCE :

soutien aux femmes et aux hommes confrontés aux violences sexuelles.

02 33 93 92 72 - sortirdusilence@gmail.com

stop-violences-femmes.gouv.fr/



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

PLUS D'INFOS SUR LE PROTOCOLE
SUR MANCHE.FR



LUTTE CONTRE LES
VIOLENCES
CONJUGALES, SEXISTES
ET SEXUELLES
PROTOCOLE DÉPARTEMENTAL 2017-2020
RÉSEAU DE LA MANCHE



PRÉFET
DE
LA MANCHE



LA MANCHE
Conseil départemental

Préfecture de la Manche
Délégation départementale
aux droits des femmes et à l'égalité
02 50 71 50 00
manche.gouv.fr

Conseil départemental de la Manche
DGA Cohésion sociale des territoires
Direction de projets et des territoires
de solidarités
02 33 055 550 - manche.fr

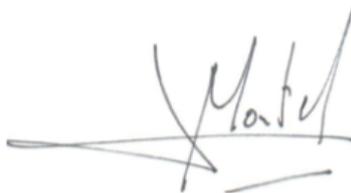
Ce document a été réalisé en collaboration avec les signataires
du Protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences
au sein du couple, les violences intrafamiliales et les violences faites aux femmes.

Guide inspiré des travaux du Centre Hubertine Auclert.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

Pr G Moutel

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. Moutel', with a large, sweeping flourish extending to the left.

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2022

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : LAUNEY-MOUCHEL Marie

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : Effet de la formation médicale continue sur le thème des violences conjugales auprès des médecins généralistes en Normandie : impact, évolution des freins et du rôle et identification d'une formation idéale

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : Le but était de comprendre les effets de la FMC sur le thème des violences conjugales des médecins généralistes en Normandie et d'en dégager un type de formation pertinent.

Matériel et méthode : Etude qualitative menée auprès des médecins généralistes normands par le biais d'un guide d'entretien.

Résultats : Les formations semblent permettre une intégration progressive des compétences nécessaires au dépistage et à la prise en charge des violences, une évolution de la perception du rôle médical et la levée de certains freins au dépistage. D'autres freins apparaissent notamment à la prise en charge.

Discussion : Si une formation permet de développer des compétences, c'est surtout leur répétition et leur diversité qui permet aux médecins d'obtenir le plus d'effet. Une formation locale, avec un cas report interprofessionnel et un cours théorique avec un expert semble permettre un maximum d'impact sur les compétences, le rôle, les freins.

Conclusion : Les formations sur le thème des violences conjugales permettent le développement de compétence, du rôle médical et la diminution des freins chez les médecins généralistes. Une formation, telle que détaillée précédemment, devrait maximiser ces effets même si la répétition des formations, une poursuite des investissements et de l'éducation de la population sur ce thème semblent la clef.

MOTS-CLÉS : Formation médicale continue, violences conjugales, médecin généraliste, impact formation, freins

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Effect of the medical continuous training about domestic violence on the general physicians in Normandy: impact, evolution of the hurdles and the function, and identification of the ideal training

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction: The aim was to understand the effects of continuous training about domestic violence of the general physicians in Normandy and to distinguish a relevant training.

Material and methods: Quantitative study of general physicians in Normandy via an interview guide.

Results: Trainings seem to allow a gradual integration of the skills necessary to detect and treat violence, an evolution of the perception of the medical function, and the lifting of some hurdles. Other hurdles appear, in particular in the treatment.

Discussion: If a training allows to develop skills, it is mainly the repetition and diversity that allows physicians to yield the more results. A training based locally with case reports between multiple actors and an expert's theoretical course seem to allow for a maximum of effect on the skills, functions and hurdles.

Conclusion: Training on domestic violence cases gives enables a physician's development of the skills and the medical function, and the reduction of hurdles. A training such the one described should maximize the effects even if the key to treat these cases are the repetitive trainings, funding and education of the population.

KEY WORDS: Continuous medical training, domestic violence, general physician, formation impact, hurdles