

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement

Le 19 décembre 2019 à Poitiers

Par Madame Julie MAGRET

Repérage des violences en médecine générale : du symptôme au diagnostic.

**Aborder les violences en médecine générale : approches et techniques
de communication.**

*Etude qualitative par analyse de 25 enregistrements de consultation
de médecine générale en Poitou-Charentes.*

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres :

Monsieur le Professeur François BIRRAULT
Madame la Docteure Elodie CHARRIER
Madame Nelly GOUTAUDIER

Directrice de thèse :

Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT

Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusque début mars 2020**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépto-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe BINDER,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider ce jury. Recevez mes sincères remerciements et soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur François BIRAULT,

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame Nelly GAUTAUDIER,

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Elodie CHARRIER,

De me faire l'honneur de faire partie de ce jury. Pour ton accueil bienveillant au sein du service du Centre de Traitement de la Douleur et le plaisir que j'ai eu à faire partie de cette équipe pendant un semestre d'internat, pour tout ce que tu m'as transmis, sur ce sujet et sur tout le reste. Sois assurée de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT,

Merci de m'avoir fait entrevoir sans le savoir, lors d'une matinée de stage d'externe en gynécologie, le médecin que je voulais être. Merci pour tout ce que tu m'as appris sur ce sujet et pour m'avoir fait confiance pour cette thèse, qui m'a passionnée et a transformé ma pratique de la médecine générale. Tes conseils avisés m'ont été précieux tout au long de ce travail.

Aux équipes médicales et paramédicales des urgences du CH de Niort et de la Médecine Polyvalente du CHNV, et une mention particulière pour les soignants de la maternité de Châtelleraut et du Centre de Traitement de la Douleur du CHU de Poitiers.

A mes maîtres de stages ambulatoires :

Aux Docteur Pascal Bernard, Docteur Jean Marc Lardeur, Docteur Eric Sury.

Au Docteur Joel Tondusson, pour m'avoir fait découvrir l'hypnose et ses applications à la médecine générale.

Au Docteur Yannick Pineau, pour la découverte de l'exercice en campagne et pour m'avoir transmis ta vision très inspirante de ce métier. Les circonstances géographiques n'ont pas rendu cela possible mais cela aurait été un honneur de prendre ta suite.

Au Docteur Anne-Marie Keuk, pour m'avoir fait découvrir la médecine générale en tant qu'externe, m'avoir soutenue en tant que tutrice pendant mon internat, confié tes patients pendant mon SASPAS et toute cette première année de remplacement. Ta présence maternelle et bienveillante m'est très précieuse.

Avoir appris auprès de vous deux a été un immense privilège.

Aux médecins que j'ai remplacés et qui m'ont tous donné leur accord pour enregistrer leurs patients et aux secrétaires qui ont participé en distribuant les fiches d'information.

A toutes les personnes qui m'ont accordé leur confiance et ont accepté d'être enregistrés pour cette étude.

A mon ordinateur pour avoir tenu le coup jusqu'au bout. A Haruki pour m'avoir accompagnée de ses ronronnements pendant ces heures passées à travailler.

A toute ma famille pour votre soutien pendant ces longues années d'études :

A mon papy Michel, Grand Sachem Souffle Court, qui aurait été si fier de voir son Petit Colibri Guérisseur prendre son envol.

A ma mamie Chri, pour ton soutien, tes attentions, tes petits plats, tes histoires drôles racontées en riant d'avance et tout le reste.

A mon papy Yvon, qui aurait voulu être médecin obstétricien et qui aurait été si fier aujourd'hui, et à ma mamie Suzon. Merci de m'avoir transmis le goût d'apprendre.

A mon papa, pour la précieuse confiance que tu m'as toujours accordée.

A ma maman, pour m'avoir appris à me donner les moyens de réaliser mes projets et pour ta relecture.

A vous deux, pour m'avoir ouvert l'esprit aux autres, à toutes les belles choses de la vie, et pour le plus beau des cadeaux : mes siiiiisters !

A Sarah et Lou, pour les chamailleries et les jeux de petites filles que nous avons partagé, pour la complicité et les joies de jeunes femmes qui nous rassemblent. Je suis si fière de vous.

A ma belle-famille, pour votre présence, votre gentillesse et les bons moments ensemble.

A mes amis, tous ceux qui ont croisés ma route et qui ont fait de moi celle que je suis.

A mes anciens colocataires et toute la bande. Vous me manquez.

A Amélie, qui veille sur moi et évolue à mes côtés depuis maintenant 14 ans... (Aïe !) !

A Ambre, pour nos mazurkas dans le petit salon de mon appartement, point de départ d'une amitié sans faille.

A nous trois, lorsque grands-mères, nous irons chauffer la piste du dancing, avec notre déhanché arthrosique !

A mes amis danseurs et musiciens.

A mes cointernes, qui ont rendu cette épopée plus joyeuse. Sarah, Marie, la team Gygy, Brice.

A Camille pour cette amitié nouvelle et à Marina pour cette installation prometteuse.

A Clémence, quel plaisir d'avoir partagé cette belle aventure avec toi, qui l'aurait cru quand nous nous sommes rencontrées lors de notre premier stage aux urgences ! A l'amitié qui est née de tout ça. Un immense merci.

A José, pour ton soutien en toutes circonstances et tes attentions chaque jour. Pour ton écoute et nos échanges, lorsque je ramène ces histoires difficiles à la maison et pour ta relecture attentive. Pour les grands moments, et surtout les petits bonheurs que nous partageons au quotidien. Pour tous ceux à venir. La vie est belle, encore plus à tes côtés ! Merci.

« Le monde est dangereux à vivre, non à cause de ceux qui font le mal mais à cause de ceux qui regardent et laissent faire. » Einstein.

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles. » Sénèque.

SOMMAIRE

Liste des figures et tableaux.....	10
Liste des abréviations.....	11
1 Introduction	13
1.1 Définitions.	14
1.1.1 Les violences psychiques	14
1.1.2 Les violences physiques.....	15
1.1.3 Les violences sexuelles	16
1.2 Les violences interpersonnelles.....	17
1.2.1 La violence envers les femmes.....	17
1.2.2 La violence entre partenaires ou violences conjugales.....	18
1.2.3 Violences faites aux enfants.....	19
1.2.4 Harcèlement moral au travail.....	21
1.2.5 Violences scolaires	22
1.3 La dissociation et la mémoire traumatique à l'œuvre.....	23
1.4 Un enjeu de santé publique	24
1.4.1 Contexte social	24
1.4.2 Politique et santé.....	24
1.4.3 Contexte économique	24
1.5 Place de la médecine générale.	25
1.5.1 Le médecin : un premier recours.....	25
1.5.2 Du côté des patients.....	26
1.5.3 Les limites et les réserves des médecins	26
1.5.4 La formation des médecins généraliste : inscrite dans la loi mais insuffisante	27
1.6 Dépistage personnalisé ou généralisé ?	29
1.6.1 En faveur du dépistage systématique	29
1.6.2 En faveur du dépistage personnalisé	30
2 Méthodologie	32
2.1 Recherche bibliographique.	32
2.2 Méthodologie de l'étude.	32
2.2.1 Type d'étude.....	32
2.2.2 Sélection des participants.....	32
2.2.3 Lieux de recrutement et enquêteurs	33
2.2.4 Durée de l'étude	33
2.2.5 Déroulement des consultations.....	34

2.3	Considérations éthiques.	34
2.4	Traitement et conservation des données.	36
2.5	Analyse qualitative des données.....	37
3	Résultats	38
3.1	Caractéristiques.	38
3.2	Approches et techniques de communication pour aborder les violences	40
3.2.1	Aperçu schématique des résultats.....	40
3.2.2	Construire une relation de confiance, créer un espace de parole	42
3.2.3	Comment la question des violences a-t-elle été abordée ?	48
3.2.4	Quelles formulations de questions étaient utilisées ?	53
3.2.5	Persévérer dans le questionnement.....	58
3.3	Après le repérage des violences : quoi faire, quoi dire ?.....	61
3.3.1	Aperçu schématique des résultats :.....	61
3.3.2	Ecouter.....	62
3.3.3	Déculpabiliser	63
3.3.4	Evaluer le retentissement psychique	66
3.3.5	Expliquer et informer	67
3.3.6	Mettre en lien les symptômes et comportements actuels avec ce vécu traumatique..	69
3.3.7	Encourager, renarcissiser le patient.....	70
3.3.8	Orienter	71
4	Discussion.....	73
4.1	Forces et faiblesses de l'étude.....	73
4.2	Discussion des résultats.	75
5	Conclusion.....	93
6	Références bibliographiques.....	94
	Annexe 1 : Tableau des questions préconisées dans la littérature pour le dépistage des violences ..	101
	Annexe 2 : Fiche d'information	104
	Annexe 3 : Questionnaire de thèse.....	105
	Annexe 4 : Avis du Comité de Protection des Personnes.....	106
	Annexe 5 : Schéma récapitulatif des résultats de l'étude et des références bibliographique concernant la prise en charge des patients victimes de violences.....	107
	Résumé	108
	Serment	109

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Schéma récapitulatif des principaux résultats : techniques de communication pour aborder les violences.	41
Figure 2 : Schéma récapitulatif des principaux résultats : après le repérage, quoi faire, quoi dire ? ...	61
Figure 3 : Résumé des questions concrètes à poser, à partir de l'étude et de la bibliographie.	85
Figure 4 : Présentation schématique des résultats de l'étude et des références bibliographiques concernant la prise en charge des patients victimes de violences.....	107
Tableau 1 : Récapitulatif des symptômes et comportements conséquences de violence, selon les recommandations françaises et internationales.....	19
Tableau 2 : Caractéristiques des participants.	39
Tableau 3 : Types de violences identifiées.....	40
Tableau 4 : Facteurs de risque de violences selon les données bibliographiques.	79
Tableau 5: Que dire aux patients après révélation de violences : récapitulatif des données bibliographiques.	88
Tableau 6 : Questions préconisées dans la littérature pour le dépistage des violences.....	101

LISTE DES ABREVIATIONS

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France.

IVSEA : Impact et Violences Sexuelles de l'Enfance à l'âge Adulte.

HAS : Haute Autorité de Santé.

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains.

NICE : National Institute for Health and Care Excellence.

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé.

RACGP : Royal Australian College of General Practitioners.

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale.

1 INTRODUCTION

Le rôle du médecin face aux violences s'est longtemps limité à la rédaction d'un certificat médical. Pourtant, en raison de la fréquence des violences interpersonnelles, il est incontestable que chaque médecin a dans sa patientèle, des personnes qui en sont victimes (1)(2). Ces violences ont des conséquences sociales, juridiques, économiques, mais aussi sur la santé des victimes à long terme (3). Ainsi, depuis quelques années, la question des violences, particulièrement celle des violences sexuelles et conjugales est devenu un sujet de santé publique. Dépister les violences devient donc indispensable, permettant de limiter les examens complémentaires, les prescriptions inadaptées et de proposer à ces patients une prise en charge adéquate. Ces derniers peuvent enfin parler, être écoutés, reconnus comme victimes. Les mécanismes d'emprise et de psycho-traumatisme peuvent leur être expliqués, les libérant progressivement d'un sentiment de culpabilité et de honte (3).

L'Etat, ainsi que les grandes instances telles que l'OMS et le Conseil de l'Europe ont reconnu le rôle des professionnels de santé dans le repérage et la prise en charge des victimes de violences (4)(5). Mais ce rôle est actuellement peu ancré dans la formation et la pratique des médecins (6).

Cette étude s'intègre dans un travail global visant, dans une première thèse, à repérer en consultation de médecine générale, les symptômes et comportements évoquant des violences interpersonnelles, puis dans cette deuxième partie à étudier les approches en communication ayant permis de libérer la parole du patient.

Dans cette thèse, nous avons donc étudié des enregistrements de consultations de médecine générale ayant abouti à un dépistage de violence interpersonnelle pour répondre à cette problématique : Quelles sont les approches et techniques de communication permettant d'aborder le sujet des violences, actuelles et anciennes, en consultation de médecine générale ?

Notre objectif secondaire s'intéressait à la prise en charge du patient, après la révélation des violences : quoi faire, quoi dire ?

1.1 DEFINITIONS.

Selon le *RAPPORT MONDIAL SUR LA VIOLENCE ET LA SANTE* de l'Organisation Mondiale de la Santé (4), la violence est définie comme « *la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou de pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations* ». Ce rapport publié en 2002 distingue trois types de violence : la violence auto-infligée, la violence interpersonnelle ou dirigée contre autrui et la violence collective.

Cette étude s'intéresse uniquement aux violences interpersonnelles qui peuvent être classées en deux catégories :

- La violence familiale et la violence entre partenaires, c'est-à-dire la violence s'exerçant entre membres d'une famille et entre proches, et qui se manifeste généralement, à l'intérieur du foyer. Elle inclue la maltraitance des enfants, la violence infligée par le partenaire et la maltraitance des personnes âgées.
- La violence communautaire, s'exerçant entre des individus sans lien de parenté, qui se connaissent ou ne se connaissent pas, et qui survient généralement en dehors du foyer. Ce groupe comprend les actes de violence aveugle, le viol ou les agressions sexuelles par des inconnus, ainsi que la violence en milieu institutionnel (milieu scolaire, lieu de travail).

Cette définition de l'OMS englobe donc les atteintes physiques, sexuelles mais aussi les atteintes psychiques, souvent méconnues.

1.1.1 Les violences psychiques :

1.1.1.1 *Définitions :*

Alors qu'elles sont beaucoup plus fréquentes que les violences physiques et sexuelles, les violences psychiques restent moins visibles. Elles sont pourtant rarement dissociables de celles-ci et en sont le plus souvent leur préalable. Leurs répercussions sur la santé sont tout aussi importantes (7).

Quel que soit le milieu ou la relation dans lequel elle s'exerce, la violence psychique a pour but d'imposer une domination sur l'autre. Cela passe par le rapport de force, la manipulation, l'intimidation, la menace, la terreur, mais aussi par la sidération obtenue par des comportements incohérents, incompréhensibles. Il s'agit d'une démolition de l'identité de la personne, de sa confiance et de son estime, de façon à ce que la victime se sente incapable, inférieure, coupable, sans valeur, par la mise en place d'un contrôle et d'une emprise permanente. Elles sont intentionnelles et mises en scène sous couvert d'amour, de protection, d'éducation, de nécessité, de responsabilité, d'impératifs professionnels, économiques... Elles sont toujours présentées par l'auteur comme étant uniquement dues à l'attitude de la victime, survenant par sa faute, ce qui renforce le sentiment de culpabilité de la victime (7)(8).

« Elles ont pour but de créer chez la victime (8) :

- Un climat d'insécurité physique et émotionnelle, voire de terreur, par des conflits à tout propos, des intimidations, des menaces, des chantages affectifs, des sous-entendus perpétuels, une agressivité et une hostilité permanente, des colères soudaines, une intolérance à la moindre contrariété ou opposition, (...);
- Un climat de contrainte, de contrôle et d'isolement, par une surveillance continuelle, par l'imposition de règles de vie contraignantes, avec harcèlement, non-respect de l'intimité et séquestrations;
- Un sentiment d'infériorité, de dévalorisation et d'humiliation par des disqualifications et des dénigrements répétés, des critiques (...) sur le physique, l'expression verbale, les capacités intellectuelles, le travail, les tâches domestiques, l'éducation des enfants, le comportement amoureux et sexuel;
- Un climat de culpabilisation et un sentiment d'incompétence, par des plaintes et des critiques, des exigences irréalistes, des attitudes de rejet, de jalousie, organisant la sensation d'être continuellement en faute;
- Un sentiment de confusion et de doute, par des attitudes et des messages incohérents, des mensonges, des manipulations, des interprétations concernant tous les faits et gestes, et par une non-reconnaissance, un mépris des besoins fondamentaux, des émotions, des sentiments et de la souffrance, entraînant chez la victime une incapacité à avoir confiance en ses jugements, ses réactions et ses désirs. »

1.1.1.2 Ce que dit la loi :

Aussi nommée harcèlement moral, elle est reconnue dans le milieu professionnel dans le code pénal (Art.222-33-2) comme le « fait de harceler autrui par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, ou de compromettre son avenir professionnel ». Le harcèlement moral est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Il en est de même pour les violences psychologiques au sein du couple depuis le 24 juin 2010, punissables d'une peine maximale de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende, définies comme « des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale ».

1.1.2 Les violences physiques :

1.1.2.1 Définitions :

Les violences physiques consistent en un rapport de force ayant pour but de terroriser, de détruire et de faire mal. Elles font régner un climat de grande insécurité, et peuvent être à l'origine d'un décès ou de graves blessures susceptibles d'entraîner des séquelles (9).

Elles sont les plus faciles à identifier quand il s'agit de coups et blessures. Mais d'autres violences physiques peuvent laisser peu de traces. Elles comprennent (9)(10) :

- Les atteintes à l'intégrité corporelle : cracher au visage, bousculer, secouer, frapper, tenter de noyer, d'empoisonner, d'étrangler ou d'étouffer ;
- Les blessures corporelles telles que des morsures, des coupures, des fractures, des traumatismes crâniens, des traumatismes aux organes internes, des lacérations, des brûlures, des plaies par armes blanches ou armes à feu ou autres objets ;
- Les séquestrations et les contentions ;
- Les violences physiques contre des objets, avec des destructions de biens personnels, tuer ou blesser les animaux familiers, des confiscations d'objets ou de papiers ;
- Les violences alimentaires avec forçages ou privations ;
- Les violences autour des soins corporels.

1.1.2.2 *Ce que dit la loi :*

La violence physique est punie par la loi en tant qu'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique de la personne (Art.222-13 du Code Pénal). Qualifiée de délit quand l'Incapacité Totale de Travail est supérieure à 8 jours, elle est alors punie jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amendes. Lorsqu'il s'agit d'un délit spécifique de violence commise par le conjoint ou ex-conjoint, ou d'un délit spécifique de violences physiques sur personnes vulnérables (liée à l'âge, à la maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique, ou à un état de grossesse) elle peut être punie jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

1.1.3 Les violences sexuelles :

1.1.3.1 *Définitions :*

« La violence sexuelle comprend toute une série d'actes, notamment les rapports sexuels imposés dans le mariage ou dans une relation de couple, le viol par un inconnu, les viols systématiques lors d'un conflit armé, le harcèlement sexuel (y compris le fait d'exiger des faveurs sexuelles en échange d'un emploi ou d'une note scolaire), les sévices sexuels contre des enfants, la prostitution forcée et la traite à des fins sexuelles, le mariage d'enfants ainsi que les actes violant l'intégrité des femmes, y compris les mutilations sexuelles féminines et le contrôle obligatoire de la virginité (4). »

Il s'agit de violences à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un ou plusieurs individus, sans le consentement de la personne visée (3).

1.1.3.2 *Ce que dit la loi :*

Les agressions sexuelles autres que le viol sont des délits. Elles sont définies dans le Code Pénal (Art.222-23) comme « *un acte à caractère sexuel sans pénétration commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise* ». La peine maximale encourue est de 10 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende.

Le viol est un crime. Il est défini par le Code Pénal (Art.222-23) comme « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la*

personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise. » La peine encourue peut aller jusqu'à 20 ans d'emprisonnement.

1.1.3.3 *Quelques chiffres :*

Les violences sexuelles sont le plus souvent commises par des proches et des personnes connues des victimes, dans 91% des cas selon l'enquête *CADRE DE VIE ET SECURITE* 2012-2018. Touchant surtout les femmes et les enfants, elles sont présentes dans tous les milieux. 14,5% des femmes et 3.9% des hommes âgés de 20 à 69 ans ont subi des violences sexuelles au cours de leur vie. Les deux tiers des femmes ayant subi une tentative de viol ou viol l'ont subi avant dix-huit ans (11).

Bien qu'elles soient punies par la loi, les violences sexuelles sont pourtant peu dénoncées : une victime de viol sur dix seulement porte plainte et seule une plainte sur dix aboutit à une condamnation (12).

1.1.3.4 *Conséquences sur la santé :*

Les violences sexuelles sont celles qui ont les conséquences sur la santé psychiques et physiques les plus durables et les plus importantes. Selon l'enquête *IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES DE L'ENFANCE A L'AGE ADULTE* (IVSEA) réalisée en 2015, portant sur 1214 victimes de violences sexuelles âgées de 15 à 72 ans, 95% des répondants considèrent que ces violences ont eu un réel impact sur leur santé mentale et 69% sur leur santé physique. Une victime sur 2 a tenté de se suicider, 1 victime sur 2 déclare être sujette à un trouble addictif (alcool, tabac, drogue...), 1 sur 3 présente des troubles alimentaires, et 1 sur 3 des conduites à risque avec mises en danger. 58% des victimes déclarent avoir souffert de douleurs chroniques suite aux violences et 45% rapportent des pathologies somatiques (3)(13).

1.2 LES VIOLENCES INTERPERSONNELLES :

1.2.1 La violence envers les femmes :

1.2.1.1 *Définitions :*

Les Nations Unies définissent la violence à l'égard des femmes de la façon suivante : *«Tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée »* (14).

1.2.1.2 *Quelques chiffres :*

La France comptait en 2004, environ 53 000 femmes adultes qui auraient subi des mutilations sexuelles. Neuf victimes sur dix ont été excisées avant l'âge de 10 ans (11).

1.2.2 La violence entre partenaires ou violences conjugales :

1.2.2.1 Définitions :

Ces violences sont définies par l'OMS comme : « *Les actes d'agression physiques comme les coups de poing ou de pied, les rapports sexuels imposés et d'autres types de coercition sexuelle, les formes de harcèlement psychologique comme intimidation ou humiliation, ainsi que les comportements de contrainte comme isoler une personne de sa famille et de ses amis ou lui restreindre l'accès à une information et à une assistance* (4). »

En France, le Ministère de la Justice et des Libertés, (direction des Affaires criminelles et des Grâces), a défini la violence au sein du couple comme « *un processus inscrit dans le temps au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple, un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs* »(15).

La violence conjugale se distingue des conflits entre époux ou concubins par le caractère inégalitaire de la violence exercée par le conjoint qui veut dominer, asservir et humilier son partenaire (16).

La violence entre partenaire est universelle et touche toutes les catégories sociales, pays, cultures sans exception (17). Même si les femmes peuvent faire part de violence à l'égard de leur conjoint, ou qu'il puisse exister des violences entre partenaire du même sexe, l'essentiel de ces violences est subi par des femmes victimes d'un partenaire masculin (16).

1.2.2.2 Quelques chiffres :

Selon l'ENQUETE NATIONALE SUR LES VIOLENCES ENVERS LES FEMMES EN FRANCE (ENVEFF), au cours de l'année 2000, 1 femme sur 10 a été victime de violence conjugale. Les violences du conjoint débutent dans 40% des cas lors de la première grossesse (18). Ce chiffre d'une femme sur dix est confirmé par un rapport de l'INSEE paru en 2016 (19), dans lequel 12,7 % des femmes et 10,5 % des hommes âgés de 18 à 75 ans déclarent avoir subi des atteintes psychologiques ou des agressions verbales de la part de leur conjoint ou ex-conjoint durant les deux années précédentes.

En France, en 2017, 130 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, ce qui revient à considérer qu'une femme est décédée suite à des violences de la part de son conjoint ou ex-conjoint tous les 2,8 jours en France. 219 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint et 94 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de viols et/ou de tentatives de viol cette même année (20).

Il s'agit donc d'un phénomène de grande ampleur, qui touche incontestablement une partie de la patientèle d'un médecin généraliste.

1.2.2.3 Conséquences sur la santé :

Selon l'enquête ENVEFF, il y a 26 fois plus de tentatives de suicide chez les femmes victimes de violences conjugales. 36,8% présentent une détresse psychologique élevée, 22% un indice de stress post traumatique élevé et 22% consomment régulièrement des médicaments psychotropes (contre respectivement 8%, 4% et 8% chez les femmes n'ayant

pas subi de violences conjugales) (18). Dans l'ensemble, les femmes victimes de violences conjugales reçoivent quatre à cinq fois plus de traitements psychiatriques que dans la population générale (21).

Selon le rapport de l'OMS (4), ces violences peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé et le comportement des victimes. Ces symptômes, étayés par de nombreuses études, ont largement été repris dans plusieurs autres recommandations (CNGOF, HAS, SMG Belge, RAGCP). Le tableau suivant récapitule l'ensemble de ces symptômes et comportements, qui peuvent persister longtemps après que les violences ont cessés (17).

Tableau 1 : Récapitulatif des symptômes et comportements conséquences de violence, selon les recommandations françaises et internationales.

PHYSIQUES	SANTE PSYCHIQUE ET COMPOTEMENTS	SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	MALADIES CHRONIQUES	RAPPORT A LA SANTE
• Conséquences directes : Blessures, Traumatismes cérébraux, Brûlures, Coupures, Fractures, Handicaps. • Symptômes généraux (17): Asthénie, Douleurs chroniques, Tachycardie, Sensations d'engourdissements dans les membres • Troubles gastro-intestinaux (22), • Troubles du système nerveux central : Céphalées, Troubles cognitifs, Perte d'audition (22).	• Etat de stress post-traumatique. • Dépression, anxiété • Troubles de l'alimentation • Troubles du sommeil • Pensées et comportements suicidaires • Dépendances à l'alcool, tabac, drogues • Comportements sexuels à risque • Comportements auto-agressifs • Troubles émotionnels : colère, honte, culpabilité, sentiment d'impuissance, auto dévalorisation (1)	• Pathologies gynécologiques • Douleurs pelviennes chroniques • Hémorragies, infections vaginales, infections urinaires • Complications lors de la grossesse • Fausses-couches • Grossesses non désirées • VIH, autres MST	• Arthrite • Asthme • Cancer • Maladies cardio-vasculaires • Accident vasculaire cérébral • Diabète • Maladies hépatiques et rénales • Hypertension artérielle • Aggravation de certaines pathologies chroniques (17).	• Défauts d'observance du traitement (17). • Consultations itératives avec plaintes vagues, multiples et inexpliquées (1) (22).

1.2.3 Violences faites aux enfants :

1.2.3.1 Définitions :

Selon les recommandations de la HAS « *MALTRAITANCE CHEZ L'ENFANT : REPERAGE ET CONDUITE A TENIR* » de 2014 (23), un enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. Sont considérées comme violences psychologiques graves, l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact

émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter. Un même enfant peut être simultanément ou successivement soumis à plusieurs de ces formes de mauvais traitements.

Ces violences intègrent depuis peu les violences éducatives ordinaires, interdites par la loi n° 2019-721 du 10 juillet 2019 (24) : « *L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques.* ». Il s'agit des violences physiques, verbales ou bien psychologiques qui sont utilisées, tolérées et parfois même recommandées contre les enfants pour corriger un comportement que l'adulte juge inapproprié. Ces différentes formes de violences dites « éducatives » sont utilisées par de nombreux parents qui ne se rendent pas compte des impacts de ces violences et qui les prennent pour des mesures éducatives appropriées et normales.

1.2.3.2 *Conséquences sur la santé :*

La maltraitance dans l'enfance est liée à un mauvais état de santé globale à l'âge adulte : syndromes dépressifs, syndromes anxieux, autres troubles mentaux, consommation de drogues et d'alcool, idées suicidaires et tentatives de suicide, conduites antisociales, maladies sexuellement transmissibles, obésité. Cette recommandation de la HAS précise que de nombreux état pathologiques peuvent trouver leurs racines dans une maltraitance subie dans l'enfance, l'étiologie pouvant rester inconnue si la question n'est pas posée, ni même envisagée par le médecin (23).

1.2.3.3 *Quelques chiffres :*

L'OMS estime que dans le monde, environ 20 % des femmes et entre 5 et 10 % des hommes ont subi des sévices sexuels dans l'enfance (4). On estime qu'un milliard d'enfants de 2 à 17 ans auraient subi des violences physiques, sexuelles, émotionnelles ou des négligences au cours de l'année écoulée, soit plus de la moitié de la population mondiale de cet âge (25).

Les faits constatés de violences, mauvais traitements et abandons d'enfants enregistrés par les services de police ou les unités de gendarmerie en France métropolitaine en 2011 s'élèvent à 17 889, alors que le nombre de violences sexuelles sur mineurs s'élève à 13 470. Cependant, la HAS estime que les statistiques officielles de maltraitance infantile indiquent une fréquence dix fois plus faible que la réalité. Chaque année : 1 enfant sur 10 serait victime de négligence ou de violence psychologique, 5 à 35 % des enfants seraient soumis à des violences physiques sévères, 15 à 30 % des filles et 5 à 15 % des garçons subiraient des violences sexuelles (23).

En 2015, le Sondage Harris pour l'Association Internationale des Victimes de l'Inceste estime à 4 millions le nombre de victimes d'inceste en France (26). Soit 1 personne sur 16.

1.2.4 Harcèlement moral au travail :

1.2.4.1 *Définitions :*

Le harcèlement moral se manifeste par des agissements malveillants répétés : remarques désobligeantes, intimidations, insultes etc. Ces agissements entraînent une forte dégradation des conditions de travail de la victime, et peuvent porter atteinte à ses droits et à sa dignité, altérer sa santé physique ou mentale, ou compromettre son avenir professionnel (27).

Pour qualifier le harcèlement moral, les juristes examinent les faits suivants :

- Le détournement du lien de subordination : incivilité à caractère vexatoire, refus de dialoguer, remarques insidieuses ou injurieuses, mots qui blessent, dénigrement et volonté de ridiculiser, moqueries.
- Le détournement des règles disciplinaires : sanctions injustifiées basées sur des faits inexistantes ou véniels.
- Le détournement du pouvoir de direction : ne pas donner de travail, donner des objectifs irréalisables, donner du travail inutile, isoler.
- Le détournement du pouvoir d'organisation : modifier arbitrairement les conditions de travail ou les attributions essentielles du poste de travail (28).

1.2.4.2 *Quelques chiffres :*

Il existe peu de chiffres sur le harcèlement au travail. En 2015, dans la sixième enquête européenne sur les conditions de travail, environ 16 % des travailleurs déclarent être exposés à des incivilités et incidences de violence au travail (29).

Les secteurs les plus touchés sont le commerce (29,9% des cas), les services (20%) et le secteur de la santé et des activités sociales (18,8%) (28).

1.2.4.3 *Conséquences sur la santé :*

Selon l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, une situation de harcèlement peut provoquer dans un premier temps des symptômes de stress (nervosité, irritabilité, anxiété), des troubles du sommeil, des symptômes tels que gastrite, hypertension artérielle, douleurs musculaires, hypervigilance ou hyperactivité, fatigue, addictions. Quand cette situation perdure, ces symptômes peuvent se transformer en troubles psychiques ou somatiques avérés avec à moyen terme une possible apparition d'un syndrome de stress post-traumatique : retour en boucle de scènes traumatisantes ou humiliantes, angoisse avec manifestations physiques, terreur à l'idée d'aller au travail, cauchemars, insomnie, troubles de la mémoire ou de l'attention, sentiment de culpabilité et de honte, position défensive de justification... A plus long terme, les conséquences peuvent être à des atteintes profondes de la personnalité : bouffées délirantes, dépression grave, paranoïa, désorganisation psychosomatique, conduites addictives, idées suicidaires pouvant aller jusqu'au suicide (30).

Malgré l'ensemble de ces symptômes décrits, nous n'avons pas pu trouver de données évoquant le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de ces patients. Dans le « *GUIDE DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT DES SITUATIONS DE VIOLENCES ET DE HARCELEMENT DANS LA FONCTION PUBLIQUE* » (31) du Ministère de la fonction publique, seul le rôle du médecin du travail et du médecin de prévention sont rapidement évoqués.

1.2.5 Violences scolaires :

1.2.5.1 *Définitions :*

Le harcèlement scolaire correspond à tout acte intentionnel répété et commis par un élève ou un groupe d'élèves sur un autre élève, quel que soit son âge, au moyen de mots (insultes, humiliations, menaces, moqueries), d'écrans (cyberharcèlement), de violences physiques ou sexuelles ou de dégradation matérielle de ses biens personnels. Ces agissements hostiles réitérés visent, sans aucun bénéfice direct, à blesser l'autre, à l'isoler et à le détruire psychologiquement par un climat entretenu de terreur (32).

1.2.5.2 *Quelques chiffres :*

Une enquête de victimation a été menée par l'Observatoire International de la Violence à l'école. Cette enquête montre que 11% environ des élèves en école primaire subissent un harcèlement scolaire entre pairs dont 6% sont considérés comme victimes d'un harcèlement sévère. Les violences à connotation sexuelle ne sont pas rares non plus puisque 20% des élèves disent avoir été regardés aux toilettes, 14% forcés de se déshabiller et 20% forcés d'embrasser un autre élève (33).

Une autre enquête menée auprès des collégiens en 2013, par le Ministère de l'Education Nationale retrouve des proportions similaires : 7% des élèves sont victimes de harcèlement. Environ 7,5 % des filles déclarent avoir subi un acte de voyeurisme, une caresse forcée, ou un baiser forcé, contre 5 % des garçons (34). Au lycée, cette même enquête menée en 2018 indique que 5 % des lycéens subissent un harcèlement scolaire entre pairs (35).

Dans chacune de ces études, les deux types de violences physiques et psychiques étaient fortement corrélés.

1.2.5.3 *Conséquences sur la santé :*

Là encore, peu de données sont retrouvées sur les conséquences du harcèlement en milieu scolaire. Le ministère de l'éducation nationale, évoque des conséquences qui peuvent être graves et multiples : décrochage scolaire voire déscolarisation, désocialisation, anxiété, dépression, symptômes somatiques (céphalées, douleurs abdominales, maladies), conduites autodestructrices, voire suicidaires. Le harcèlement peut également avoir des conséquences importantes à plus long terme, sur le développement psychologique et social de l'enfant et de l'adolescent (sentiment de honte, perte d'estime de soi, difficulté à aller vers les autres, conduites d'évitement). Ces effets peuvent se prolonger à l'âge adulte, s'ils n'ont pas été pris en compte (36).

1.3 LA DISSOCIATION ET LA MEMOIRE TRAUMATIQUE A L'ŒUVRE.

Etudiés et décrits par le Dr Muriel Salmona en France (3), les phénomènes de mémoire et de dissociation traumatique, restent peu connus des professionnels de santé alors qu'ils devraient constituer des signaux d'alerte.

Les violences subies entraînent un état de stress dépassé. Au niveau neurobiologique, cela entraîne la sécrétion massive d'hormones de stress telles que l'adrénaline ou le cortisol. Cette sécrétion très importante peut entraîner un risque vital cardio-vasculaire et neurologique. Pour l'éviter, le cerveau met en place des mécanismes de sauvegarde via la sécrétion de substances morphine ou kétamine like. Elles entraînent l'arrêt brutal de la sécrétion d'adrénaline et de cortisol mais aussi la disjonction des circuits émotionnels et de la mémoire avec deux conséquences majeures :

- La dissociation traumatique : avec une anesthésie émotionnelle, physique, un sentiment d'étrangeté, de dépersonnalisation, de pertes de repère. Lorsque l'état de stress est chronique, cette dissociation entraîne alors un état de détachement vis-à-vis de ses émotions, un sentiment d'irréalité, parfois d'amnésie qui empêche la victime d'organiser sa défense et de voir le danger. La victime, privée de ses émotions est encore plus vulnérable.
- La mémoire traumatique : sous l'effet de ces hormones, la mémoire de l'évènement traumatisant se trouve bloquée au niveau de l'amygdale au lieu d'être intégrée en mémoire autobiographique au niveau de l'hippocampe. Il s'agit d'une mémoire émotionnelle non intégrée et non consciente qui peut se réactiver à tout moment, faisant revivre à l'identique les évènements. Ce blocage de la mémoire participe à l'impossibilité d'analyser et de faire le tri. La mémoire émotionnelle se charge de plus en plus au fil du temps, se déclenchant au moindre rappel de violence. Pour s'en protéger les victimes sont obligées de mettre en place des stratégies de survie : conduites d'évitement ou de contrôle de tout ce qui pourrait « l'allumer » (retrait, phobies...), conduites dissociantes pour à nouveau se déconnecter et s'anesthésier (addictions, mises en danger, retour vers l'agresseur...).

Les victimes présentant des états dissociés sont donc en grand danger de subir à nouveau des violences ou des situations à risque.

1.4 UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

1.4.1 Contexte social :

La problématique des violences subies, et plus précisément celle des violences sexuelles à l'encontre des femmes, fait désormais partie du débat public sur le plan international. En effet, les témoignages, fin 2017, de femmes victimes d'agressions sexuelles et de viols ont permis à des millions de femmes victimes de violences sexuelles et sexistes dans le monde de témoigner de leur souffrance sur les réseaux sociaux à travers le mouvement #MeToo. Depuis le mois d'octobre 2017, en France, le nombre de victimes de violences sexuelles connues par les forces de Police et de Gendarmerie sur une année a augmenté de 23 % (20). Ce phénomène social montre à quel point la parole doit être donnée aux victimes de violences.

1.4.2 Politique et santé :

L'OMS, en 1996, dans sa résolution WHA49.25 déclare que la violence constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde et alerte les Etats Membres. Est publié par la suite, *Le RAPPORT MONDIAL SUR LA VIOLENCE ET LA SANTE*, en 2002, qui constitue la première grande étude sur le sujet. Il est le fruit de trois années d'efforts et de la participation de plus de 160 experts du monde entier (4).

Le rôle des professionnels de santé face à la violence est spécifiquement reconnu par l'Etat français en 2000, après la publication du rapport Henrion (21), puis avec la création en 2012 de la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) sous l'autorité du Ministre en charge des droits des femmes. L'une de ses principales fonctions est la mise en place d'un plan national de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes (6).

En France, le *CINQUIEME PLAN POUR L'ELIMINATION DE LA VIOLENCE A L'EGARD DES FEMMES* a été annoncé en novembre 2017, encourageant notamment les soignants à s'impliquer davantage dans la détection des violences et l'accompagnement des victimes (37).

Le gouvernement a aussi élaboré un *PLAN 2017-2019 INTERMINISTERIEL DE MOBILISATION ET DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS*. Ce plan prévoit la formation de médecins hospitaliers référents sur les violences faites aux enfants, et envisage de renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé (38).

A la fin de l'été 2019, le grenelle des violences conjugales est lancé. Il fait suite à une augmentation croissante du nombre de féminicides et à un engouement médiatique nouveau. Il se clôturera en fin d'année 2019.

1.4.3 Contexte économique :

Les violences interpersonnelles, notamment celles au sein du couple, représentent un réel coût pour la société. Une étude française de 2012 a estimé ce coût à 3,6 milliards d'euros par an (39). Le programme européen Daphné II a quant à lui estimé le coût des violences conjugales dans l'Union Européenne à 16 Milliards d'euros pour l'année 2006, soit 1 million d'euros toutes les demi-heures (40).

Concernant les violences au travail, l'Organisation Internationale du Travail estime à 150 000 euros par an le coût total de la violence psychologique dans une entreprise de 1000 travailleurs en Allemagne, ce qui représente, dans son ensemble pour l'économie allemande une perte annuelle de 15 à 50 milliards d'euros (41).

1.5 PLACE DE LA MEDECINE GENERALE.

1.5.1 Le médecin : un premier recours :

Selon l'enquête ENVEFF, première enquête de grande ampleur sur les violences faites aux femmes en 2000, le taux d'hospitalisation augmente nettement chez les femmes victimes de violences : alors que 12% des femmes âgées de 20 à 59 ans ont été hospitalisées au cours de l'année précédant l'enquête, elles sont 17% parmi les femmes victimes de violences conjugales graves, 22,3% parmi les femmes victimes de violences sexuelles (42).

En 2012, une étude réalisée en Poitou-Charentes et en Alsace auprès de 1719 adolescents âgées de 15 ans a montré que le nombre moyen de consultations annuelles chez un médecin généraliste était plus élevé chez les victimes d'abus sexuels que chez les non victimes : 4,15 contre 3,4 (43).

En 2017, en France, les professionnels de santé ont été le premier recours des femmes victimes de violences au sein du couple. Selon l'enquête *CADRE DE VIE ET SECURITE*, parmi les femmes déclarant avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint, 30% ont consulté un psychiatre ou un psychologue, 24% ont vu un médecin. Parmi les femmes victimes de viol ou tentatives de viol, elles ont été vues pour 26 % par un médecin, 19% par un psychiatre ou un psychologue (20).

Dans les recommandations australiennes sur le repérage des violences conjugales, on estime que les omnipraticiens à temps plein rencontrent jusqu'à cinq femmes par semaine qui ont subi une forme de violence conjugale (physique, émotionnelle, sexuelle). Une à deux de ces femmes ont été victimes de graves abus de la part d'un partenaire intime. Ces chiffres proviennent d'une enquête auprès de 1 836 femmes venues en consultation auprès de 20 praticiens généralistes de Brisbane choisis au hasard (10).

Comme nous l'avons vu précédemment, les symptômes présentés par les patients font largement partie des motifs de consultations les plus fréquemment rencontrés en médecine générale. Ces patients victimes de violences sont une part importante des patientèles, ont un recours plus fréquent aux soins, et ont particulièrement recherché de l'aide auprès des médecins. Ainsi, le rôle du professionnel de santé, particulièrement du médecin de premier recours (urgentistes et médecin généralistes) et du médecin gynécologue obstétricien, est reconnu dans de nombreuses recommandations nationales et internationales (1)(22)(10)(44).

1.5.2 Du coté des patients :

1.5.2.1 *Des patients favorables et demandeurs.*

Dans une thèse réalisée en Ile de France interrogeant 145 patientes en médecine générale concernant le rôle du médecin généraliste dans le dépistage des violences faites aux femmes : 9 sur 10 n'avaient jamais été interrogées sur les violences sexuelles alors que 8 femmes interrogées sur 10 estiment que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste. Vingt-trois pour cent de ces femmes avaient subi des violences sexuelles. Parmi elles, seulement 1 sur 3 en avait parlé à leur médecin généraliste et 2 sur 3 auraient souhaité que leur médecin leur pose la question. Qu'elles aient été victimes ou non, 8 femmes sur 10 ont trouvé normal qu'on leur pose la question et estimaient qu'un dépistage par le médecin généraliste permettait de libérer la parole (45).

Selon l'enquête *IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES DE L'ENFANCE A L'AGE ADULTE* réalisée en 2015 auprès de 1214 victimes : 78% des répondants n'ont eu aucune prise en charge médicale rapide après les violences. 41% des répondants rapportent que les praticiens consultés n'ont pas recherché ou diagnostiqué de troubles psycho-traumatiques. Une psychose a été diagnostiquée chez près d'1 victime sur 5 mais dans deux tiers des cas aucun praticien n'a expliqué que les troubles psycho-traumatiques se soignent. Ainsi 81% des répondants jugent qu'il est important que les professionnels de santé soient formés (13).

Selon une revue de littérature Cochrane étudiant le dépistage des violences conjugales, les femmes incluses étaient fortement en faveur d'être interrogé sur la violence dans les soins de santé, quelle que soit la technique utilisée (46).

1.5.2.2 *Des obstacles à la révélation des violences :*

L'un des obstacles à la divulgation de violences sexuelles et physiques vient du fait de ne pas identifier l'acte comme une violence ou un crime. Les femmes victimes ont souvent tendance à minimiser ou à normaliser la violence et, si la maltraitance est principalement psychologique, elles peuvent la considérer comme n'étant pas assez grave. De plus, beaucoup pensent qu'on ne les croira pas et craignent la façon dont elles seront traitées par le médecin ou le système de justice pénale. Enfin, elles craignent des représailles de la part du partenaire ou ne veulent pas que leurs familles et leurs amis le sachent, à cause de l'humiliation et de la honte (10).

1.5.3 Les limites et les réserves des médecins :

L'étude de Parsons et coll. (47) auprès de 933 gynécologues obstétriciens américains est parlante concernant les limites au dépistage des violences :

- Pour 71% des répondants, le principal obstacle au dépistage était le manque d'éducation ou de formation ;
- 46% avaient le sentiment que leurs patients n'étaient pas concernés par ces problématiques ;
- 39% considéraient le manque de temps ;

- 34 % exprimaient la frustration de ne pas pouvoir aider les victimes ;
- 13 % faisaient part d'un obstacle personnel, à savoir le fait d'avoir eux-mêmes vécu des violences ;
- 15% avaient peur d'offenser les femmes avec la question ;
- 14% pensaient que ce n'était pas un problème médical ;
- 7%, s'inquiétaient de ne pas avoir moyen de vérifier que le patient avait dit la vérité.

Gilles Lazimi (2) note au cours de ses formations, plusieurs remarques des médecins généralistes rencontrés, en adéquation avec les résultats de cette étude : « *Pas dans ma clientèle, pas dans mon quartier.* » « *Les demandes de certificat pour coups et blessures : ça prend du temps et je ne maîtrise pas bien.* » « *Est-ce qu'elle dit bien la vérité ?* » « *De toute façon, elles restent avec leur agresseur.* » « *Ce n'est pas un problème médical.* » « *Y'en a qui cherchent !* » « *Est-ce bien le rôle du médecin de s'immiscer dans les affaires familiales ?* » « *C'est un problème de vie privé.* » Cet aveuglement s'explique par une difficulté à imaginer et admettre les violences, et le nombre important de personnes qu'elle concernent. La difficulté d'accepter la réalité, d'admettre que tant d'hommes puissent agir avec autant de violence, que les femmes puissent rester si longtemps dans l'incapacité d'en parler. Il s'agirait de stratégies d'évitement, d'occultation.

Ensuite, ces situations pourraient faire écho à notre passé, à notre propre histoire, influençant alors notre prise en charge des patients. En effet une enquête réalisée par la MIPROF en 2013 a montré que parmi les étudiants en médecine, 1 sur 10 avaient été victime de violence sexuelle et 1 sur 4 victime de violence physique au cours de sa vie (6).

Enfin, la dissociation traumatique peut faire apparaître la victime comme indifférente, et les professionnels qui la prennent en charge peuvent être contaminés par cette anesthésie émotionnelle. Puisque les neurones miroirs ne sont pas activés face à quelqu'un qui est dissocié, ils ne renvoient aucune alerte émotionnelle. De plus ces états dissociés entraînent des symptômes et comportements paradoxaux généralement mal interprétés. Ils sont à l'origine d'une incompréhension, d'un manque de reconnaissance qui renforce le sentiment d'abandon de la victime et alimente son sentiment de culpabilité. Ainsi, en l'absence de formation, les praticiens peuvent ne pas se rendre compte du danger, manquer d'empathie, ne pas être en mesure d'être protecteurs (3).

1.5.4 La formation des médecins généraliste : inscrite dans la loi mais insuffisante :

La formation, qu'elle soit initiale ou continue, reste très faible voire inexistante face à cette problématique (6). Son importance est pourtant reconnue depuis 2000 en France, avec le rapport Henrion, le premier à insister sur la nécessité d'une formation des professionnels de santé pour la prise en charge des violences conjugales (21). C'est également l'une des missions de la MIPROF créé en 2012.

La loi du 4 août 2014 n°2012-873, Article 51 créé une obligation de formation sur les violences : « *La formation initiale et continue des médecins, des personnels médicaux et*

paramédicaux, [...] comporte une formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes ainsi que sur les mécanismes d'emprise psychologique (48). »

La Convention d'Istanbul, Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, ratifiée par la France en 2014, impose dans son article 15 la mise en place de formations sur la prévention, la détections de ces violences et la prise en charge des victimes (5).

1.5.4.1 *Formation continue :*

La MIPROF propose des Kits pédagogiques « ANNA » et « ELISA », disponibles en ligne gratuitement, composés chacun d'un court métrage et d'un livret d'accompagnement pédagogique très concrets, créés par des équipes pluridisciplinaires (49).

Une initiative du CHU d'Anger propose une brochure d'information à destination des médecins, en dix points à connaître pour repérer et accompagner les victimes de violences conjugales (50).

Un guide à l'usage des médecins a également été réalisé à Poitiers dans le cadre d'une thèse visant à améliorer la formation des internes en médecine générale sur le dépistage et la prise en charge des violences conjugales, disponible sur le bureau virtuel des étudiants en médecine de la faculté de Poitiers.

Ces initiatives restent très localisées et peu diffusées. De plus, elles ne concernent que les violences conjugales.

1.5.4.2 *Formation universitaire :*

L'OMS, dans ses recommandations publiées en 2013 pour lutter contre la violence conjugale et la violence sexuelle préconise « *une formation au soutien de première intention pour les femmes victimes d'actes de violence entre partenaires intimes ou d'une agression sexuelle, qui doit être dispensée aux prestataires de soins de santé non encore diplômés, et en particulier aux futurs médecins, infirmiers et infirmières et sages-femmes* » (51).

En avril 2013, les programmes des examens universitaires des médecins français intègrent un item intitulé « Violences sexuelles ». Cependant cet item est principalement orienté vers la prise en charge aiguë d'une violence sexuelle, avec son aspect médico-légal puis contraception d'urgence et prévention des infections sexuellement transmissible. Il n'évoque pas les conséquences psychiques et physiques à court terme et à long terme pour les victimes.

A Poitiers, les internes de Médecine Générale bénéficient d'un Groupe d'Echange et d'analyse des Pratiques (GEP), « Le patient vivant dans un contexte de violence », cours de deux heures sur les violences.

1.5.4.3 *Une formation bénéfique :*

La revue de littérature Zaher et Al. inclue 9 essais contrôlés randomisés utilisant des interventions éducatives auprès des médecins. Elle rapporte des effets bénéfiques concernant la formation. En particulier, les programmes de formation à multiples facettes à destination de médecins généralistes attestent d'une amélioration significative de l'identification des

femmes victimes et de leur orientation vers des structures adaptées. Aucun effet indésirable n'a été signalé (52).

1.6 DEPISTAGE PERSONNALISE OU GENERALISE ?

Nous n'avons pu retenir que très peu de données concernant le dépistage des violences scolaires, harcèlement au travail, maltraitance des enfants. Ainsi la majeure partie de ce chapitre concerne le dépistage des violences conjugales, ayant fait l'objet de plusieurs études et recommandations.

1.6.1 En faveur du dépistage systématique :

En 2000, le rapport Henrion précise qu'en l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique, essentiel pour les auteurs américains et canadiens et très peu effectué par les médecins français (21).

Cette recommandation du dépistage systématique a été confirmée pour les femmes enceintes, lors des recommandations HAS en 2005 *PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE* (53).

Plus récemment, en octobre 2019, les recommandations de la HAS concernant le *REPERAGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE* proposaient un ensemble de questions : « *en précisant que ces questions sont abordées avec toutes les patientes étant donnée la fréquence du risque* (1). »

En 2007, le Docteur Gilles Lazimi coordonne une étude, dans laquelle il propose à 51 médecins généralistes de poser trois questions de manière systématique à toutes les patientes. Sur les 557 patientes interrogées, 63% ont déclaré avoir été victimes de violence. 81% des médecins ont déclaré que leurs patientes n'ont eu aucune difficulté à répondre et 96% ont trouvé qu'il y avait un intérêt professionnel à ce dépistage. Soixante-dix pour cent ont déclaré avoir besoin de formation sur le sujet (2).

Toutefois, la revue systématique de la Cochrane sur le dépistage de la violence conjugale auprès des femmes estime qu'il n'y a pas suffisamment de données pour justifier d'un bénéfice du dépistage systématique dans les soins de santé, notamment sur l'amélioration de la qualité de vie et de la santé physique et mentale des personnes victimes. Aucun effet néfaste à ce dépistage n'a été démontré à court terme (46).

L'ensemble des questions proposées par ces différentes ressources sont récapitulées dans le tableau 6 (Annexe 1).

1.6.1.1 *Les outils de repérages :*

Plusieurs outils anglo-saxons sont validés pour le milieu hospitalier, mais seulement deux le sont également pour la médecine générale. Il s'agit du HITS et du WAST test. Le seul outil validé en France est le test WAST. Il peut être utilisé par tous les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'activité (rural, semi-rural, urbain) et leur mode d'exercice (ambulatoire ou hospitalier).

Ce test, traduit en Français, comporte 7 questions :

- De manière générale, comment décririez-vous votre relation de couple ?
- Quand il y a une dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec... (niveau de difficulté) ?
- Est-ce que parfois, après vos disputes, vous vous sentez dévalorisée ou bouleversée ?
- Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou une bousculade ?
- Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ?
- Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ?
- Votre partenaire vous a-t-il déjà poussée à bout psychologiquement ?

La réponse à ces questions est graduée de 1 à 3, permettant d'obtenir un score sur 21. Un score inférieur à quinze témoigne d'un risque élevé de violences conjugales.

Une thèse réalisée en Poitou-Charentes en 2017 par le Docteur Aude Linassier, concernait l'application de ce test en médecine ambulatoire. Elle incluait 244 patientes dont 22 femmes à risque élevé de violences conjugales. La majorité (93,8 %) des femmes se sont déclarées favorables à l'utilisation de ce test, en particulier par le médecin généraliste (76%). Parmi les soignants, 60 % ont souhaité continuer à utiliser le WAST-fr, mais plutôt dans le cadre d'un dépistage ciblé pour 85% d'entre eux (54).

1.6.2 En faveur du dépistage personnalisé :

L'OMS, dans ses recommandations publiées en 2013 pour lutter contre la violence conjugale et la violence sexuelle ne recommande pas le repérage systématique de la violence conjugale (51). En effet, les études ont montré que si le dépistage systématique augmente l'identification des femmes victimes de violence exercée par un partenaire intime, il ne réduit pas la violence exercée par le partenaire et n'a pas eu d'influence favorable notable sur la santé des femmes. Les recommandations suivantes ont été formulées : « *Le dépistage universel et la recherche systématique d'informations (interrogation des femmes à chaque entretien pour des soins de santé) ne doivent pas être appliqués.* ». Cependant, ces recommandations préconisent une recherche systématique lors des soins prénataux, et en fonction des symptômes physiques et psychiques présentés par le patient.

Il en va de même dans les recommandations de la Société Scientifique de Médecine Générale belge (SSMG) qui préconise une démarche diagnostique consistant à interroger, à partir de questions ouvertes sur la vie à la maison, jusqu'à nommer des actes concrets de violences sous ses différentes formes (22). Un positionnement que l'on retrouve également dans les recommandations australiennes *ABUSE AND VIOLENCE, WORKING WITH OUR PATIENTS IN GENERAL PRACTICE* (10).

En 2012, un document réalisé par le ministère du travail de la famille intitulé *LUTTE CONTRE LES VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE : LE ROLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE* propose un dépistage orienté dès la suspicion de violences, en proposant à la victime un entretien individualisé, dans un climat de confiance et de confidentialité, en posant les questions clairement et sans préjugés. Il y est précisé l'importance de l'écoute du professionnel, pour aider la victime à

identifier les situations anormales et l'amener peu à peu à trouver sa propre stratégie pour se libérer de la violence, se protéger, être moins vulnérable (55).

Le CNGOF propose, quant à lui, de poser des questions concrètes, de mettre en confiance, écouter, assurer de la confidentialité de l'entretien et s'efforcer de comprendre le sentiment de désespoir des victimes, leur tendance à nier les faits, voire à défendre leur agresseur. « *Le plus souvent le diagnostic est livré à la sagacité du médecin qui doit déceler la vérité devant des lésions plus ou moins évidentes* » (17).

Les questions proposées par ces différentes instances sont reprises dans le tableau 6 (Annexe 1).

Concernant la maltraitance chez l'enfant, les recommandations de la HAS de 2014 sur le repérage de ces violences récapitulent les études et revues de littératures existantes. Elles concluent que les tests de dépistage ne sont pas adaptés, en raison de leur faible sensibilité. D'autant plus qu'ils ne permettent qu'une identification tardive des enfants maltraités, quand ils présentent déjà des conséquences sérieuses de la maltraitance (23).

Il reste donc difficile de favoriser l'un ou l'autre des deux modes de dépistages. Selon les recommandations du NICE publiées en 2014, un débat est toujours en cours sur l'efficacité et l'opportunité d'un dépistage systématique des femmes victimes de violences conjugales (56).

Ainsi nous avons pu voir plusieurs modalités de dépistage des violences conjugales actuelles. Cependant peu de ressources sont proposées pour dépister d'autres types de violences (harcèlement moral au travail, violences scolaires...) et peu s'intéressent aux antécédents de violences. Ces violences passées, n'en sont pas moins la cause de syndromes de stress post traumatique, de souffrances psychologiques et de tous les symptômes physiques somatiques évoqués. Les méconnaître enlève la possibilité de mettre en place un traitement adapté, de libérer la parole des victimes qui, même de nombreuses années après, n'ont pas toujours eu l'occasion d'en parler.

2 METHODOLOGIE

2.1 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.

La recherche bibliographique a été effectuée en Français et en Anglais à partir de plusieurs bases de données :

- Bases de données Internet : Medline, PubMed, Sciences direct, Revues en lignes via le Service Commun de Documentation de l'Université de Poitiers ;
- Sites officiels : HAS, INPES, INSEE, sites gouvernementaux ;
- Moteurs de recherche : Google, google Scholar ;
- Littérature grises : bibliographie des articles collectés, thèses et mémoires, ouvrages empruntés dans la section « sciences humaines », « sociologie » « médecine » des bibliothèques universitaires de Poitiers, rapports d'organismes internationaux (OMS).

2.2 METHODOLOGIE DE L'ETUDE.

2.2.1 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative observationnelle, par analyse d'enregistrements de consultation de médecine générale.

La recherche qualitative est particulièrement appropriée pour l'intégration de phénomènes subjectifs à la question de recherche. Elle étudie les personnes dans leur environnement, en intégrant les émotions, les sentiments et expériences des patients, et permet d'observer les comportements de ces derniers. Ce type de recherches peut contribuer à une meilleure compréhension des sujets et des interactions entre eux, ce qui les rend adaptées à la médecine générale. Elles permettent un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soin (57)(58).

2.2.2 Sélection des participants :

2.2.2.1 *Population étudiée :*

La sélection des participants a été réalisée auprès de patients issus de la population générale consultant en médecine générale en Poitou-Charentes et répondant aux critères d'inclusion suivants :

- Age adulte (à partir de 18 ans) ;
- Présentant ou ayant présenté une situation de violence ;
- Niveau de français suffisant pour comprendre le déroulement de l'étude ;
- Consentement oral libre et éclairé.

Les critères de non-inclusion étaient :

- Les personnes sous tutelle ou curatelle ;
- Les adultes ne parlant ou ne comprenant pas suffisamment le français ;
- Les patients de moins de 18 ans ;

- Absence de diagnostic de violence au cours de la consultation.

Le critère de sortie d'étude était le souhait du participant de se retirer de l'étude.

2.2.2.2 *Stratégie d'échantillonnage :*

Le mode de recrutement consistait à enregistrer, avec accord du patient, l'ensemble des consultations de la journée, par journées entières ou demi-journées aléatoires, selon le mode d'exercice du praticien. Cela a permis d'obtenir un échantillonnage raisonné avec une population d'étude diversifiée, une variété des perceptions et des comportements, tout en préservant un échantillon aléatoire évitant ainsi la sélection par le médecin lui-même.

Les doctorantes n'ont incluses et analysées que les consultations pour lesquelles des violences ont été exprimées, avec l'accord du patient.

Un diagramme de flux des effectifs de l'étude a été effectué, intégrant le nombre de patients à qui l'étude a été proposée, le nombre de patients ayant accepté l'étude et le nombre de patients qui ont réellement été inclus.

La taille de l'échantillon était déterminée par la saturation des données. Ce seuil est atteint lorsque plus aucune nouvelle donnée n'a émergé aux deux derniers entretiens. Cependant pour des raisons de réalisabilité dans le cadre d'un travail de thèse, il était convenu que les enregistrements seraient arrêtés après trois mois d'enregistrements (59).

2.2.3 **Lieux de recrutement et enquêteurs :**

Les consultations se sont déroulées dans des cabinets libéraux de médecine générale en Poitou-Charentes, lieu d'exercice des trois médecins participants à l'étude :

- Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT, au sein de son cabinet de médecine générale, médecin installé en cabinet de ville
- Madame Clémence LOUBRIEU, médecin remplaçant dans le département de la Charente-Maritime, avec accord oral des médecins remplacés.
- Madame Julie MAGRET, médecin remplaçant dans le département de la Vienne, dans 3 cabinets : un cabinet semi rural, un cabinet rural et un cabinet de ville, avec accord oral des médecins remplacés. Il s'agissait de remplacements hebdomadaires réguliers depuis plusieurs mois dans ces cabinets.

Les enquêtrices ont participé à une formation du planning familial : « Comment aborder les violences et la sexualité en médecine générale ? » et ont participé à des consultations de formation avec Madame la Professeure MIGNOT.

2.2.4 **Durée de l'étude :**

Les enregistrements ont été réalisés entre de Juin 2019 à Septembre 2019. L'analyse des données a été effectuée de Septembre à Novembre 2019.

2.2.5 Déroulement des consultations :

Une fiche informative à destination du patient était remise par le secrétariat à leur arrivée dans le cabinet (Annexe 2). Les patients prenaient connaissance du document en salle d'attente. Le médecin-investigateur expliquait également le déroulement de l'étude ainsi que ses objectifs avant de débiter les enregistrements. Enfin, il s'assurait de l'absence d'opposition orale du patient au protocole avant de pouvoir démarrer l'enregistrement (60).

La consultation se déroulait dans le bureau médical. Elle était enregistrée par un enregistreur numérique de type dictaphone. Il s'agissait de consultations « classiques », identiques aux consultations que le médecin réalise quotidiennement, sans modification de la pratique du praticien. La consultation était enregistrée dans son intégralité. Selon la pratique individuelle et habituelle du médecin, il s'agissait de repérer les symptômes identifiés par la revue de littérature, mais aussi par l'expérience du professionnel, ainsi que tout autre signe, comportement, ayant pu interpeller au cours de la consultation. Il ne s'agissait pas d'un dépistage systématique des violences subies. La durée de l'enregistrement, sauf en cas de décision de rétraction de la part du patient, était identique à la durée de la consultation.

A la fin de chaque consultation, le médecin enquêteur supprimait les consultations pour lesquelles des violences n'avaient pas été évoquées. N'étaient conservées et incluses dans l'étude que les consultations où des violences interpersonnelles avaient été dépistées.

L'enquêteur devait alors remplir un questionnaire à la fin de la consultation, en l'absence du patient, afin de recueillir les données caractéristiques des personnes interrogées (âge du patient, sexe, catégorie socio-professionnelle), le contexte de la consultation, les observations du médecin concernant leur présentation physique et leur comportement au cours de la consultation.

2.3 CONSIDERATIONS ETHIQUES.

2.3.1 Concernant l'information et le consentement du patient :

Les participants ont été informés des objectifs de l'étude, du déroulement des entretiens, de leur confidentialité et de la possibilité de refuser ou de se retirer de l'étude à tout moment. Une fiche d'information résumant toutes ces informations leur a été remise (Annexe 2). L'investigateur s'est assuré d'une bonne compréhension de l'étude et a répondu aux questions si nécessaire. Le consentement oral libre et éclairé du participant a été recueilli avant le début de l'entretien, par le médecin enquêteur. Une non-opposition du participant était considérée comme un accord de celui-ci (60).

La balance bénéfice-risque pour le patient, tout en prenant en compte l'utilité sociale collective de l'étude était jugée acceptable.

2.3.2 Concernant l'impact social et psychologique de cette étude :

Des questions éthiques ont été soulevées :

- Aborder des questions susceptibles d'être considérées par le participant comme personnelles ou confidentielles, comme une atteinte à la vie privée ou touchant le domaine de l'intime ;
- La manipulation de paramètres psychologiques et sociaux, pouvant être éventuellement à l'origine d'un stress psychologique pour le participant ;
- La légitimité à aborder cette question avec un médecin remplaçant ou un interne qui se substituerait à leur médecin généraliste traitant.

Afin de résoudre ces potentiels problèmes éthiques, nous nous sommes assurées d'informer le participant sur les objectifs et la finalité de notre étude, en insistant sur le bénéfice pour le patient à long terme. Le participant était libre de s'exprimer ou non. Il ne lui a été causé aucun préjudice en cas de refus de réponse ou de participation.

Malgré l'évocation d'un impact social et psychologique, nous avons choisi de réaliser un protocole de recherche non interventionnelle pour les raisons suivantes :

- Il s'agit de réaliser un enregistrement audio de consultations de médecine générale, et l'enregistrement audio s'intègre à la liste des actes correspondant à une recherche non interventionnelle (61). Les consultations de médecine générale qui bénéficieront d'un enregistrement audio n'étaient en aucun cas différentes de celles réalisées habituellement par le praticien : il n'y donc eu aucune modification de la prise en charge apportée au patient et les soins n'ont pas été retardés, prolongés ou perturbés du fait de l'étude. La sécurité des patients n'était donc pas menacée par la participation à l'étude.
- Les contraintes et inconvénients de l'étude semblaient négligeables car les conséquences psychologiques et sociales liées au diagnostic de violence, ne sont qu'indirectement liées à l'étude, mais plus directement liées aux consultations de médecine générale.
- En cas de repérage de violences interpersonnelles, les médecins effectuaient, si le patient le souhaitait, un courrier afin d'adresser les victimes à des structures compétentes pour aider ou soigner les patients. Ces structures pouvaient être un psychiatre libéral, le Centre Médico Psychologique de secteur, le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles, le Planning Familial, la Croix Rouge Française...
- Les médecins assuraient le suivi du patient victime de violences. Dans le cadre d'un remplacement, le suivi pouvait être effectué par le médecin remplacé avec l'accord du patient par l'intermédiaire de transmissions en fin de remplacement.
- Dans tous les cas, les médecins s'efforçaient de mettre en place un suivi personnalisé : soit par le médecin lui-même ou le médecin remplacé, soit par une structure ou un professionnel compétent dans ce domaine.
- Au même titre que d'autres consultations (annonce d'une maladie grave, polyopathie, syndrome dépressif etc..), les investigateurs avaient conscience

qu'une consultation de dépistage de violences nécessite plus de quinze minutes et ont pu moduler cette durée, comme ils ont l'habitude de le faire dans leur pratique courante, sans que cela ne pose de problème à la réalisation de l'étude.

2.3.3 Concernant la question de l'impact légal de l'enregistrement audio dans le cadre du dépistage des violences :

L'enregistrement audio était anonymisé.

L'article 226-1 du Code pénal stipule : « *est puni d'un an d'emprisonnement et de 45.000 € d'amende le fait, au moyen d'un procédé quelconque, volontairement de porter atteinte à l'intimité de la vie privée d'autrui : en captant, enregistrant ou transmettant, sans le consentement de leur auteur, des paroles prononcées à titre privé ou confidentiel* » (62).

Dans le cadre de l'étude, l'enregistrement était effectué avec le consentement oral du patient. Ce consentement était donné pour l'utilisation des données à des fins de recherche uniquement. De ce fait il ne peut être utilisé ou transmis à d'autres fins. L'enregistrement ne pourra en aucun cas être utilisé à des fins judiciaires.

Cela s'inscrit également dans le respect de l'article 4 du Code de la Santé Publique : le secret professionnel sera maintenu à tout moment (63).

Toutefois et conformément à l'article 4 du Code de Santé Publique, le médecin est autorisé à signaler des sévices constatés dans son exercice au procureur de la République (avec l'accord des victimes adultes) si ces sévices permettent de présumer de violences physiques, sexuelles ou psychiques. Le médecin est autorisé à transmettre au président du Conseil Général toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être. Cependant, l'enregistrement en lui-même ne pourra être cité ni utilisé.

Selon la loi Jardé du 16 novembre 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dans le cadre d'une recherche non interventionnelle de type 3, ce protocole de recherche a été soumis au Comité de Protection des Personnes Sud Méditerranée III qui a donné son accord pour la réalisation de l'étude le 07 Juin 2019 (Annexe 3) (61).

Une inscription de l'étude a également été effectuée auprès de l'ANSM le 30 mars 2019.

2.4 TRAITEMENT ET CONSERVATION DES DONNEES.

2.4.1 Saisie et traitement des données :

Toutes les données ont été d'abord anonymisées. La saisie des données était réalisée mot à mot, avec une retranscription fidèle. Le traitement et l'analyse des données étaient réalisés par l'utilisation du logiciel RQDA.

2.4.2 CNIL :

Une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été effectuée.

2.4.3 Archivage :

Les documents suivants seront archivés par le nom de l'étude dans les locaux de la faculté de médecine de Poitiers jusqu'à la fin de la période d'utilité pratique.

Ces documents sont :

- Protocole et annexes
- Formulaire d'information
- Données individuelles (copies authentifiées de données brutes)
- Rapport final de l'étude

A l'issue de la période d'utilité pratique, l'ensemble des documents à archiver, seront placés sous la responsabilité du Promoteur pendant quinze ans après la fin de l'étude conformément aux pratiques institutionnelles, au sein des locaux de madame le Professeur MIGNOT. Aucun déplacement ou destruction ne pourra être effectué sans son accord. Toutes les données, tous les documents et rapports pourront faire l'objet d'audit ou d'inspection.

2.5 ANALYSE QUALITATIVE DES DONNEES.

2.5.1 Retranscription par verbatim :

L'ensemble des enregistrements retenus ont été anonymisés et retranscrits sous forme de verbatims par les doctorantes afin d'être analysés. Il s'agit d'une retranscription mot à mot, le plus fidèlement possible, en intégrant le non verbal, sur le logiciel WORD. L'anonymisation a été garantie par l'attribution, à chaque patient de la lettre P suivi d'un numéro, selon l'ordre de retranscription. La lettre M suivi d'un numéro allant de 1 à 3, identifiant les médecins enquêteurs. Les consultations étaient ainsi nommées PxMx. (Ex : P1M2, P3M1...).

2.5.2 Les étapes de l'analyse des données :

L'ensemble des verbatims ont été lus à plusieurs reprises.

Dans un premier temps, une analyse par thématiques transversales a été effectuée : les verbatims ont été analysés et codés, fragment par fragment, dans différentes catégories représentant l'idée véhiculée, grâce à un logiciel spécifique intitulé RQDA. Le logiciel RQDA est libre d'accès et permet de coder, d'organiser et de modéliser un ensemble de données.

Puis les thèmes ont été regroupés dans des catégories plus générales, ou déclinés en sous catégories plus détaillées.

Le codage des fragments a été effectué à deux reprises, par deux investigatrices (les auteures des deux thèses), chacune de leur côté. Cette étape, appelée triangulation des données, a permis de comparer et d'enrichir les résultats, et de renforcer la validité interne de l'étude.

Dans un deuxième temps, chaque catégorie a fait l'objet d'une synthèse descriptive afin de mettre en évidence les relations et les interactions entre les différents thèmes.

Enfin, une analyse plus interprétative a été effectuée, afin de proposer une modélisation des résultats, puis une comparaison avec les données de la littérature.

Le processus de recueil des données et celui d'analyse ont été continus.

3 RESULTATS

3.1 CARACTERISTIQUES.

3.1.1 Personnes interrogées :

Au total, 25 personnes, soit 19 femmes et 6 hommes ont été inclus dans l'étude. La moitié d'entre eux avaient entre 45 et 65 ans, 7 avaient entre 25 et 45 ans, 4 entre 18 et 25 ans, une seule personne avait plus de 65 ans. Il n'y avait pas de patient de plus de 80 ans. Parmi ces personnes, 16 rencontraient le médecin remplaçant pour la première fois et 3 étaient nouveaux au sein du cabinet médical. Six avaient déjà rencontré le médecin enquêteur auparavant. Presque toutes les catégories socio-professionnelles définies par l'INSEE étaient représentées sauf les artisans et les agriculteurs.

3.1.2 Enregistrements :

27 journées ou demi-journées ont été enregistrées. En excluant les refus et les personnes mineures, cela représente 326 consultations enregistrées. Seulement 7 refus d'enregistrements ont été notés : 2 parce qu'ils ne se sentaient pas concernés par le sujet, 1 qui ne souhaitait pas être interrogé sur ce sujet, 4 qui n'ont pas motivé leur refus.

Ainsi, des violences subies ont été repérées dans 1 consultation sur 13.

La durée moyenne des consultations incluses dans l'étude était de 32 minutes.

3.1.3 Violences identifiées :

Ont été identifiées :

- 8 personnes victimes de violences sexuelles dans l'enfance ;
- 8 personnes victimes de maltraitance physique et psychique dans l'enfance ;
- 2 personnes victimes de violences sexuelles à l'âge adulte ;
- 3 personnes victimes de violences psychiques intrafamiliales à l'âge adulte ;
- Parmi les personnes victimes de violences conjugales : 8 étaient ou avaient été victimes de violences psychiques, 5 de violences physiques, et 1 de violences sexuelles ;
- 4 personnes victimes de violences scolaires ;
- 2 personnes victimes de harcèlement au travail.

12 personnes avaient été victimes de plus de 2 types de violences.

	18-25	25-45	45-65	65-80	>80	Femme	Homme	Durée de la Consultation	Patient connu du médecin	Nouveau patient au cabinet	Patient connu du cabinet, non connu du médecin	Artisans, commerçants	Agriculteurs	Cadres, professions supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Etudiants	Chômage, Retraité, Invalidité
M1P1		1				1		13	1										1
M1P2						1		42			1					1			
M1P3		1					1	46	1								1		
M1P4			1			1		35		1					1				
M1P5	1					1		34			1							1	
M1P6			1			1		32	1						1				
M1P7		1				1		21			1			1					
M1P8			1			1			1										1
M1P9		1					1	40			1							1	
M1P10		1				1		35			1				1				
M1P11			1			1		32	1							1			
M1P12	1					1		35	1							1			
M2P1			1			1		22			1								1
M2P2		1				1		31			1					1			
M2P3	1						1	35			1								1
M2P4			1			1		21			1						1		
M2P5			1				1	22			1						1		
M2P6			1				1	35			1								1
M2P7				1		1		22			1								1
M2P8			1			1		27			1					1			
M2P9			1			1		33			1					1			
M2P10			1				1	39			1			1					
M2P11			1			1		24			1				1				
M3P1		1				1		63		1				1					
M3P2	1					1		49		1									1
TOTAL	4	7	12	1	0	19	6	32	6	3	16	0	0	3	4	6	3	2	7

Tableau 2 : Caractéristiques des participants

Tableau 3 : Types de violences identifiées.

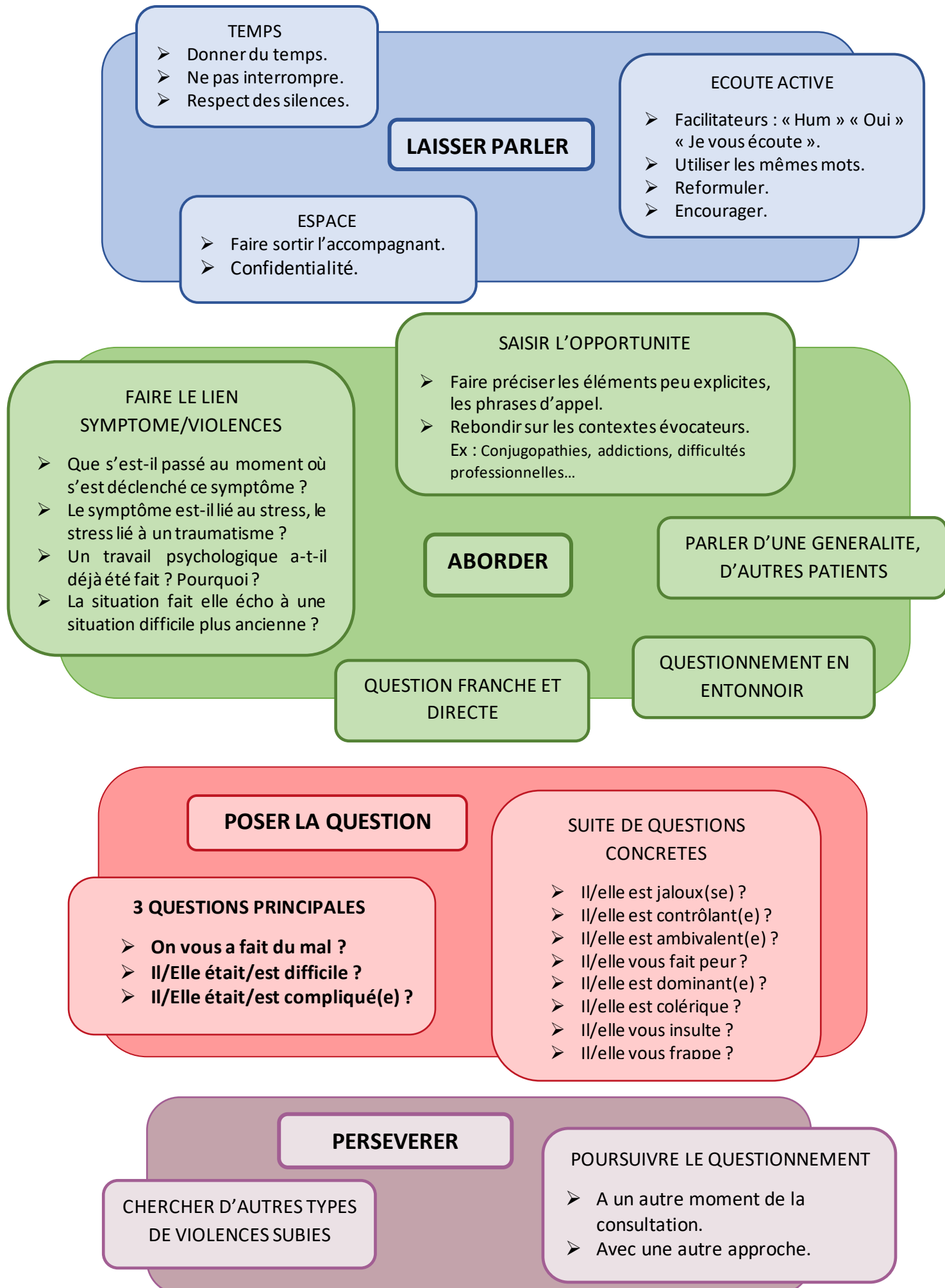
	Sexuelles adultes	Sexuelles enfants	Conjugales physiques	Conjugales sexuelles	Conjugales psychiques	Violences scolaires	Harcèlement au travail	Maltraitance enfant	Violences psychiques familiales	TOTAL
P1M1								1		1
P2M1	1									1
P3M1		1								1
P4M1		1	1	1	1					4
P5M1		1								1
P6M1							1			1
P7M1		1								1
P8M1		1			1					2
P9M1						1				1
P10M1			1		1					2
P11M1			1		1					2
P12M1					1	1				2
P1M2		1						1		2
P2M2					1			1		2
P3M2						1		1		2
P4M2								1		1
P5M2							1			1
P6M2		1						1	1	3
P7M2			1							1
P8M2		1							1	2
P9M2			1		1					2
P10M2					1					1
P11M2	1									1
P1M3								1		1
P2M3						1		1	1	3
TOTAL	2	8	5	1	8	4	2	8	3	

3.2 APPROCHES ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION POUR ABORDER LES VIOLENCES

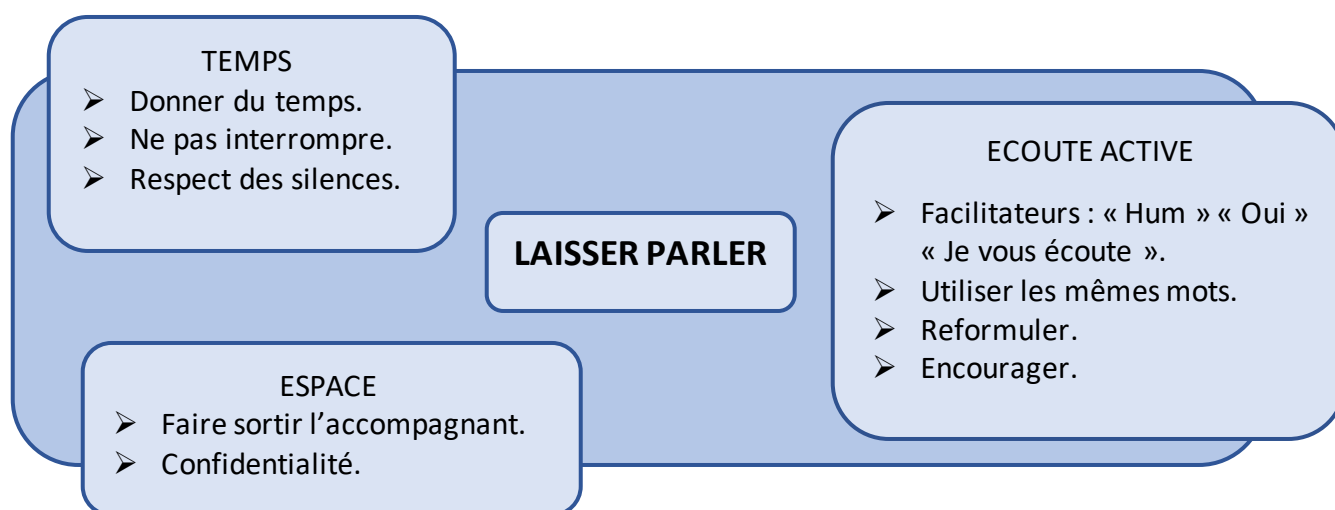
Pour répondre à l'objectif concernant la façon dont le médecin a pu aborder les violences et aboutir à une révélation de celles-ci, nous avons dans un premier temps observé l'attitude générale du médecin, puis dans un second temps l'approche utilisée pour aborder le sujet. Enfin nous nous sommes intéressées aux questions types utilisées.

3.2.1 Aperçu schématique des résultats.

Figure 1 : Schéma récapitulatif des principaux résultats : techniques de communication pour aborder les violences.



3.2.2 Construire une relation de confiance, créer un espace de parole :



Conformément à l'approche Calgary Cambridge (64), la première phase de l'entrevue était consacrée au recueil des informations et à la construction de la relation avec le patient. Ainsi, un temps de narration était laissé au patient, sans l'interrompre, à l'aide de phrases facilitatrices. Le médecin écoutait avec respect et intérêt, dans la bienveillance et le non jugement, en accueillant les émotions du patient et en l'encourageant. Nos résultats montraient plus particulièrement l'importance de s'adapter au timing du patient, sans le forcer, en respectant les silences. Enfin, les techniques de reformulation étaient particulièrement utilisées par les praticiens de l'étude.

3.2.2.1 *Donner du temps :*

La durée moyenne des consultations étudiées était de 32 min.

- **Laisser parler, écouter :** (P1M2, P1M3, P2M3, P2M2, P3M1, P5M1, P6M1, P8M2, P9M2, P9M1, P11M1, P11M2, P12M1.)

En particulier au début des consultations, le médecin laissait parler le patient. Ces narrations apportaient des informations au médecin et témoignaient au patient d'une écoute et d'une disponibilité, leur offrant un véritable espace de parole.

M2 : Dites-moi...

P9 : Je viens vous voir, je commence une formation euh... le 3, mais là je me suis coincé, ça commence à aller mieux mais en même temps, du coup, euh... je vais vous demander autre chose, donc je me suis retrouvée coincée toute cette partie-là jusqu'au milieu du dos, donc j'ai massé, massé, massé, j'ai mis euh..., comme j'ai un syndrome de Widal, j'ai rien pris, on pense que c'est... je fais des intolérances à des choses, donc j'évite tout ce qui est... chimique, sauf si vraiment j'ai trop mal... mais c'est une formation en hydrothérapie que je suis en train de commencer... et j'avais envie de voir si tout fonctionnait bien... Ah si ça coince un peu ici (en montrant la région rachidienne cervicale), ça coince un peu ici... là...

M2 : Ah oui.

P9 : Je pense que c'est une mauvaise position, ça m'est arrivé il y a très longtemps, le docteur que vous remplacez m'avait fait une manipulation en ostéopathie, il m'avait remis une vertèbre cervicale, une mais pas la deuxième je crois... euh j'ai su par le kiné et puis ma mère qu'il y avait de l'arthrose cervicale dans la famille...

M2 : D'accord

P9 : J'ai eu un accident professionnel, en effet nous étions mal assis, donc j'arrivais à me détendre au maximum donc je fais des étirements à la maison comme ça... donc ça remonte en 2015... mais j'ai eu le genou droit qui a tapé contre le sol car la petite est venue dans mes jambes, j'ai voulu l'éviter et pour je suis tombée sur le genou droit... j'ai mal aujourd'hui je ne sais pas si c'est le temps je n'en sais rien. J'ai eu après l'année dernière, sur la jambe droite une grave entorse de la cheville donc là ça commence à aller mieux et comme je suis tombée, le genou gauche a pris aussi correctement. Il y a des moments ou juste pour descendre les escaliers... euh... après l'accident j'ai été immobilisée trois semaines... c'était en août 2018...

M2 : Oui...

P9 : Pardon, oui en août 2018... et ça n'était pas agréable et, je le ressens maintenant... tout doucement

M2 : Oui mais...

P9 : Oui, j'ai eu la kiné pourtant... peut-être qu'il m'en faudrait encore, on a stoppé, le dos, en fait j'ai pris une mauvaise posture je pense par rapport à cette cheville et depuis fin 2018, début 2019, enfin je me retrouve à porter des semelles orthopédiques... C'est vrai que j'ai des points d'appui sur la gauche et pas sur la droite... donc on suppose qu'il y a peut-être un souci... mais là comme je commence dans une semaine, peut-être que c'est la tension, je n'en sais rien... rires... Hein le stress inconscient... je vais avoir la route mais ça me plait...

➤ **Respecter les silences.** (P4M2, P5M1, P5M2, P6M2, P7M2, P8M2, P11M2.)

Les silences étaient des moments clés, pour laisser le temps au patient de formuler, de rassembler ses idées :

M2 : Quelqu'un vous a fait du mal ?

P7 : Oui, il y a eu de la violence, beaucoup de violences, on m'a fait beaucoup de mal... mon ancien compagnon... me...

(Silence)

Il me tapait...

(Silence)

-

M1 : D'accord. Vous avez eu des situations difficiles avant ?

P5 : Hum....

M1 : Vous dites qu'il était gentil, comme si vous aviez connu des situations où il y avait des méchants...

P5 : Hum... (Silence). Rien de grave

➤ **S'adapter au timing du patient : (P2M1, P3M1, P4M2, P8M1, P10M1.)**

Le médecin ne forçait pas et rappelait au patient qu'il avait la liberté de se confier ou non.

P4 : (Silence. Pleurs.) Ça n'était pas prévu de parler de tout ça... (Rires)

M2 : On n'est pas obligé d'en parler si vous ne le souhaitez pas.

P4 : (Rires.) Ça me fait tout bizarre.

M2 : On n'est pas obligé de continuer si vous ne le souhaitez pas

P4 : ...bah j'ai eu une enfance un peu compliquée, on est quatre enfants... ma maman est partie quand j'avais dix-huit mois... voilà ça a été très compliqué, un papa qui buvait énormément... à l'âge de 13 ans j'ai été placée dans un couvent à Angoulême parce qu'il me frappait donc euh voilà...

-

M1 : D'accord... Et c'était quoi ? Enfin sauf si vous ne voulez pas en parler mais...

P3 : Ouais je veux pas en parler, y'a eu le jugement y'a deux ans, c'était assez dur.

Il s'agissait aussi de savoir ne pas insister :

- Soit parce que le patient n'arrivait pas à identifier sa situation comme étant une situation de violence, le médecin proposait alors d'en reparler lors d'une prochaine consultation (P11M1.) ;
- Soit parce que la dissociation était si importante qu'il valait mieux laisser le temps au patient d'assimiler. Le médecin ne posait alors pas de question directe sur les violences. (P2M2, P5M1, P8M2.)

P8 : Oui mais mon cerveau il est sélectif. C'est-à-dire que quand quelqu'un me fait du mal, quelques temps après, je ne m'en rappelle plus... enfin, je me suis rendu compte, que pendant toute la période de la petite enfance, jusqu'à 12 ans, je ne m'en souviens pas. C'est sélectif. Ma sœur m'a dit tiens on a fait ça ça, je ne m'en souviens pas...

M2 : Parce que c'était trop douloureux peut-être ?

P8 : Peut-être oui. Je me suis rendu compte que je ne me souviens de rien de quand j'étais petite. Tout ce qui est de la petite enfance je ne m'en souviens pas. Je me souviens quand j'ai été placée, pourquoi j'ai été placée je ne sais pas. Apparemment mon cerveau, paf, ça il l'a viré aussi. Je me suis rendu compte que tout ce qui était négatif pour moi, et bien ça s'éteint, je ne m'en souviens pas. Si quelqu'un me le rappelle, oui peut-être mais sinon... non.

M2 : Du coup c'est votre sœur qui fait votre mémoire ?

P8 : Hola enfin non, pour ce qui s'est passé quand j'étais petite, c'est euh la personne qui nous a élevé était en maison de retraite et nous a demandé de payer la maison de retraite. On a tous dit non, il a tellement été méchant avec nous que c'était non. Et euh... la juge a dit bah... donnez des preuves. Mon frère a dit : ma sœur a été placée pour attouchements sexuels. Mais seulement ça je ne m'en souviens pas... il y a plein de trucs comme ça je ne m'en souviens pas. Donc j'ai été voir la gardienne agréée qui m'a gardée pendant deux ans jusqu'à ma majorité, elle a fait un papier attestant, elle, elle savait pourquoi j'avais été

placée, et on a donné le papier au juge. Plein de trucs comme ça que je ne savais pas, mon cerveau doit...

3.2.2.2 Créer un espace de parole :

➤ Gestion du tiers : le faire sortir. (P2M2.)

Trois consultations étaient effectuées en présence d'un tiers. Dans l'une des trois, le médecin a fait sortir le tiers. Dans les deux autres, en présence des conjoints, les violences évoquées n'étaient pas d'ordre conjugal.

M2 : On vous avait prescrit du TANGANIL. (Silence) Est-ce possible de poursuivre la consultation seule avec vous et que votre fille sorte ?

P2 : Pas de problème.

(LA FILLE SORT. Passage à l'examen clinique.)

M2 : Je vous laisse vous installer. On sera plus à l'aise je pense. C'est depuis quand que ça dure tous ces malaises ?

Dans la consultation P8M1, en présence du mari de la patiente, étaient mis en évidence des attouchements dans l'enfance. Cependant, une consultation peu de temps après, en l'absence du conjoint, a permis la révélation de violences conjugales psychiques importantes. Cela confirme l'importance de faire sortir l'accompagnant en cas de doute.

3.2.2.3 Ecoute active et empathie : montrer sa disponibilité et son intérêt, assurer de sa compréhension :

➤ Assurer de son écoute et du temps à accorder : (P3M1, P4M1, P4M2, P5M1, P6M1, P7M2, P8M1, P9M2.)

Le médecin manifestait clairement son écoute et son intérêt, par des petites phrases : « Je vous écoute », « Dites-moi », « Comment allez-vous ? », en le rassurant sur le temps qu'il avait à lui accorder.

M1 : Y'a des choses qui vous inquiètent ?

P5 : Euh... Bah je vois que vous regardez l'heure donc je vais aller à mon...

M1 (regarde vers l'ordinateur) : Ah non j'ai pas regardé l'heure, je regardai là !

P5 : Ah je me suis dit peut-être... enfin j'ai pas envie de vous retarder...

M1 : Je vous écoute, dites-moi.

-

M1 : Comment vous allez ?

P3 : Reposé.

-

M2 à P9 : Dites-moi...

-

M2 à P7 : Vous allez me dire tout ça.

-

P6 : Excusez-moi je vais vous mettre en retard hein !

M1 : Je vous en prie.

➤ **Utilisation de phrases ou mots facilitateurs : (Tous.)**

M1 : Parce que ?

P11 : C'est son comportement qui fait que dès fois c'était pas top.

M1 : Ah oui ? Il est dur ?

P11 : Il est instable dans sa tête.

M1 : Hum.

-

M1 : D'accord, c'est-à-dire ?

-

M2 : Oui... ?

-

M1 : Allez-y dites.

-

M3 : Ouais ?

➤ **Réutiliser les mêmes mots, reprendre expression du patient : (P2M2, P3M1, P3M2, P4M1, P5M1, P5M2, P6M2, P10M1, P11M1.)**

Il s'agit de techniques de reformulations de l'écoute active.

P3 : Voilà. Mais mon corps avait besoin. Alors que sinon, je n'aime pas trop l'alcool ni les effets que ça fait. Ça n'est pas du tout cohérent.

M2 : Vous trouvez que ça n'est pas cohérent ?

-

P5 : C'était la pression.

M2 : Il vous mettait la pression ?

-

P3 : Bah y'a eu des petits trucs... des trucs qui sont graves on va dire. Et il y a quatre ans du coup ma mère elle a divorcé. Suite à ça j'ai fait la demande de... C'est pas une résiliation... c'est...

M1 : Pour récupérer votre nom...

P3 : Voilà... révocation d'adoption !

M1 : Qu'est-ce qu'il s'est passé comme choses graves ?

P3 : Euh... y'a eu des abus pendant deux ans quand j'étais gamin.

➤ **Reconnaitre, renommer, reformuler : (P1M2, P2M1, P4M1, P5M1, P8M2, P10M1, P10M2.)**

Les émotions :

M1 : [..] Il vous arrive une émotion là, c'est bien qu'il y a quelque chose qui vous touche...

P5 : Ben y'a... un homme qui fait plus partie de ma vie, depuis que ma tante est décédée mais dont j'ai très très peur.

Les faits :

M2 à P10 : C'est une forme de violence ce que vous avez subi.

P10 : Oui.

-

M1 : Les... mots que vous utilisez me semblent faibles par rapport à ce que vous me dites. « Profiter de vous » euh...

P2 : J'étais totalement déshabillée dans le lit, on s'est vanté de qu'il s'est passé beaucoup de choses cette nuit, alors que je n'avais pas bu et que je ne buvais pas donc je ne comprends pourquoi je ne me souviens pas de la soirée.

M1 : Des choses que vous ne souhaitiez pas ?

P2 : Exactement.

-

P11 : Bah il arrivait à me rabaisser et lui, à du coup à... à prendre le dessus.

M1 : Hum. Il dominait.

P11 : Il dominait. J'ai eu beaucoup de mal à m'en défaire.

La difficulté, l'anormalité de la situation : (P1M3, P2M1, P3M1, P5M1, P5M2, P11M1.)

M1 : Il paraît oui que c'est difficile

-

M1 : Bah oui oui. Enfin c'est quand même pas une raison pour vous taper dessus.

-

P5 : Ouais. Ouais j'avais peur. J'avais peur même si j'avais que quatre ans je comprenais quand même qu'il y avait des regards ou des choses qui étaient pas...

M1 : Qui étaient pas normales ?

P5 : Hum.

➤ **Encourager, rassurer : (P1M2, P3M2, P8M2, P9M1, P10M1.)**

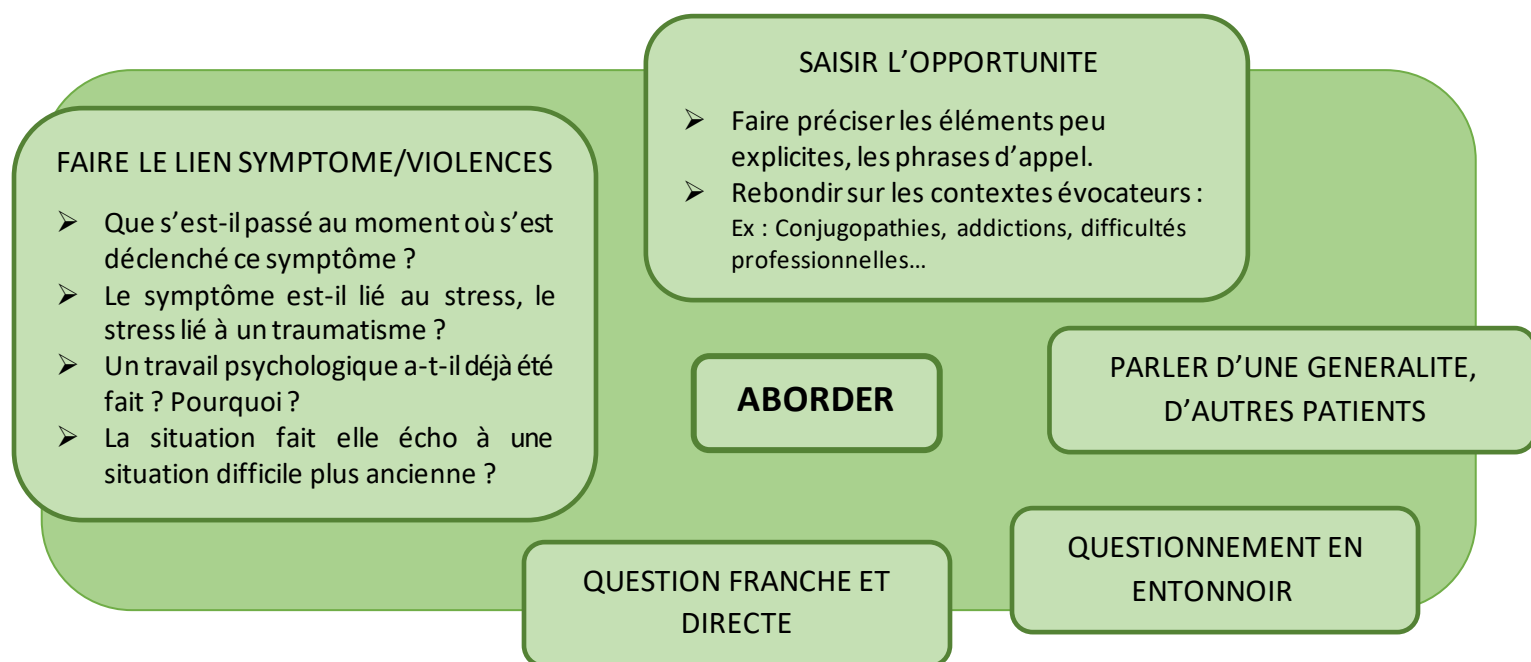
P1 : Toxic, alcoolique, euh..., la totale quoi. Et j'ai tout arrêté.

M2 : Vous avez tout arrêté ? Bravo. C'est chouette.

-

M1 à P10 : Ouais. C'est normal il faut du temps donc ça vient pas comme ça. En général c'est trois, six mois donc ça prend un petit peu de temps pour remonter la pente. Vous êtes en train de la remonter mais ça prend du temps.

3.2.3 Comment la question des violences a-t-elle été abordée ?



3.2.3.1 Saisir l'opportunité, et ne pas la laisser passer :

- **Réagir aux phrases d'appel :** (P2M1, P3M1, P3M2, P4M2, P9M2, P10M1, P11M1.)

A plusieurs reprises lors des entretiens, les médecins réagissaient à une phrase du patient, indice appelant à un questionnement plus poussé dans cette direction. Quand le patient n'était pas explicite, pas assez clair, le médecin faisait préciser cet élément, parfois en y proposant une interprétation, en osant sortir du cadre strictement médical pour aller plus loin. Cela permettait d'aboutir directement à la révélation des violences ou d'introduire un questionnement sur d'éventuelles violences subies.

M2 : Où ? Rien n'est noté dans votre dossier. Quels sont vos problèmes de santé ?

P10 : On ne sait pas, c'est dans la tête.

M2 : C'est-à-dire ?

P10 : Je ne sais pas... puisque'on ne trouve pas c'est que c'est dans la tête...

M2 : Et pourquoi vous dites que c'est dans la tête ?

-

P11 : On va se dire qu'avec mon ami c'est un peu compliqué mais...

M1 : Pourquoi c'est compliqué ?

-

P3 : Y'a la carte d'identité, y'a un jugement pour le changement de nom etc... c'est toujours pas fait. La maison qu'on a achetée, il y a des travaux, c'est toujours pas fini. Y'a plein de trucs en cours.

M1 : En cours oui.

P3 : Ça met du temps pour...

M1 : C'est quoi le jugement ? La carte d'identité ?

P3 : Bah en fait c'est qu'il y a eu.... Comment dire... euh... [Révélation de violences sexuelles dans l'enfance.]

-

P3 : Et comme je suis manipulable et ben ça me met directement dans l'addiction.

M2 : C'est parce qu'on vous a déjà manipulé ?

-

P4 : C'est comme ça...c'est...mais c'est vrai que je reste un peu fragile émotionnellement et puis il y a mon passé...

M2 : C'est-à-dire ?

P4 : Silence. Pleurs. Ça n'était pas prévu de parler de tout ça... (Rires)

Cela nécessitait également de savoir interpréter les mots et phrases employés par le patient, qui pouvait avoir tendance à minimiser ou à justifier les comportements de l'agresseur.

A l'image de P11M1, qui semble sous une forte emprise de la part de son conjoint. Elle utilise plusieurs phrases au cours de la consultation, minimisant la situation, la justifiant même par la culture turque de son conjoint :

P11 : Il est instable dans sa tête.

P11 : Si, on va dire que des fois c'était pas top.

P11 : Euh d'un seul coup il va être bien, d'un seul coup il est immature on dirait un enfant.

P11 : Il a deux faces cachées.

P11 : Donc tout ça c'est... C'est la culture turque, je dis pas que tout le monde est pareil, certaines musulmanes sont pareilles.

- **Contexte évocateur :** (P1M2, P2M3, P3M2, P4M1, P5M1, P5M2, P6M1, P7M1, P9M2, P11M1.)

Parfois, c'est le contexte, la situation globale du patient qui interpellait le médecin, le poussant à réagir à ce contexte et à questionner le patient sur d'éventuelles violences subies.

- Une conjugopathie :

P11 : Il m'a tout fait donc voilà je crois franchement pas. Je lui ai dit, je lui ai dit je sais pas comment je tiens avec toi. Arf... je sais comment il est hein !

M1 : Parce qu'il est difficile ?

- Des addictions dans la famille ou chez le conjoint :

P1 : Là j'ai ma mère qu'est soignée en psychiatrie, elle a fait un malaise elle avait pris de l'alcool et elle a un traitement euh... qu'ils lui font prendre tous les jours... y'a des moments elle est absente un peu... elle a pris du Lexomil à plus de 3 par jour pendant plus de 15 ans, je pense c'est ça.

M1 : Bah oui ça peut jouer un petit peu...

P1 : Oui.

M1 : Après votre maman, si elle a des soucis d'alcool et tout ça c'est, j' imagine qu'elle a eu des événements de vie difficile ?

P1 : Oui... et des traumatismes aussi qui fait que...

M1 : D'accord

P1 : Des agressions, tout ça qui sont pas de sa faute mais bon après, moi j'ai été élevée par ma grand-mère. Mais bon on s'entend bien quand même... J'ai réfléchi à pourquoi elle était comme ça euh... On en a discuté et... (hésitation)

M1 : Et vous aussi vous avez vécu des agressions de votre maman ?

P1 : Euh... De mon père.

- Des addictions personnelles :

P1 : Oui, j'ai un sacré caractère. J'ai arrêté ça, le shit, la clope, l'alcool...

M2 : Comment vous étiez tombée dedans ?

P1 : Oh... Enfance pourrie : des violences... inceste... non pas vraiment inceste c'étaient les fils de la nouvelle femme de mon père.

- Des difficultés professionnelles :

P2 : Alors justement je venais par rapport à ça aussi parce que ça... va... pas du tout au travail.

M1 : Ouais

P2 : Que ce soit physique ou moralement

M1 : D'accord, qu'est-ce qu'il se passe ?

- Certains symptômes connus pour être en lien avec des traumatismes psychologiques :

P7 : J'ai une fibromyalgie. [...]

M1 : Et vous votre fibromyalgie elle s'est déclenchée justement suite à un traumatisme ou quelque chose ?

3.2.3.2 Faire le lien entre les symptômes et les violences :

- **Relier les symptômes actuels avec un trouble psychique, qui pourra être relié à un vécu traumatique. (P2M3, P3M2, P4M2, P6M2, P12M1.)**

Comme par exemple M3 qui explique à P2 que son algoneurodystrophie est probablement en lien avec une anxiété, et que cette anxiété est liée à une situation difficile :

M3 : Voilà ! Du coup l'anxiété c'est une réaction à quelque chose qui vous entoure. Ok ?

P2 : C'est lié à une situation en fait ?

M3 : Exactement.

-

M1 : Ouais vous avez probablement une sensibilité digestive. C'est lié à... est-ce que par exemple c'est lié à des moments de stress, des choses comme ça ?

P12 : Ah possible.

-

M2 à P3 : ...et qu'il y a besoin de traiter le mal qu'on vous a fait pour pouvoir arriver, vous, arriver à passer un cap afin de boire moins d'alcool. Si vous buvez de l'alcool et que vous fumez du cannabis c'est qu'il y a besoin, un besoin d'oublier...

- **Rechercher le moment ou le symptôme s'est déclenché, et questionner sur ce qu'il s'est passé à ce moment-là.** (P1M2, P2M1, P3M2, P4M1, P4M2, P5M1, P6M2, P7M1, P7M2, P11M1.)

M1 : Et cette anxiété du coup vous l'avez depuis longtemps ? Si vous me dites que déjà au bac...

P2 : Euh... Depuis le début du lycée.

M1 : Depuis le début du lycée ? Qu'est-ce qu'il s'est passé ?

P2 : Euh... (hésitation longue), j'ai eu beaucoup de difficultés avec mes parents. Euh... après je pense qu'il y a eu un évènement qui s'est passé aussi qui m'a énormément touchée. Qui m'a renfermée sur moi-même.

-

M2 : Depuis combien de temps faites-vous des vertiges ?

P7 : Cela fait un moment, j'ai commencé j'avais 46 ans et maintenant j'en ai 67 ans...

M2 : Il s'est passé quelque chose à ce moment-là ?

P7 : Oui.

M2 : Quelqu'un vous a fait du mal ?

P7 : Oui, il y a eu de la violence, beaucoup de violences, on m'a fait beaucoup de mal... mon ancien compagnon...

- **Demander si la situation vécue actuellement en rappelle une autre :** (P2M1, P8M1.)

M1 : Ça faisait écho à d'autres choses, un vécu avant dans votre enfance ou des choses comme ça ?

P8 : Oui.

- **Demander si le patient a déjà effectué un travail sur le plan psychologique** (P2M1, P2M3, P10M1, P11M2.)

Si le patient avait déjà eu un suivi, c'était l'occasion de lui demander pourquoi, il avait ce suivi, quels étaient les événements difficiles ou traumatisants de sa vie. Si le patient n'avait pas de suivi, le médecin essayait d'en expliquer l'intérêt en mettant en lien symptôme avec un éventuel vécu traumatique, ce qui pouvait favoriser la révélation des violences.

M3 : C'est qui qui vous suit ?

P2 : Euh bah j'ai eu qu'un seul rendez-vous vendredi dernier c'est Mr P. (...)

M3 : Et hum... vous y allez pourquoi ?

P2 : Hum... parce que j'ai besoin de parler parce qu'il est militaire (désigne son conjoint), et parce que c'est assez compliqué avec ma famille.

M3 : Ouais ?

P2 : Euh je saurai pas comment vous dire, j'ai aussi vécu pas mal de choses et j'ai besoin d'en parler aussi.

-

M1 : Et vous avez déjà essayé d'en parler de tout ça à quelqu'un d'autre ?
Des thérapies ou choses comme ça ?

P9 : Ouais j'ai vu des psy parce que j'ai été violenté à l'école parce que j'avais une couleur de peau différente. J'étais dans des écoles où c'était que des blancs.

-

M2 : Vous avez pu travailler dessus, vous avez été aidée ?

P11 : Non.

M2 : Pas vraiment...

P11 : Non.

M2 : Vous y pensez des fois ?

P11 : Mais c'est... non plus maintenant, j'ai eu un très gros traumatisme sexuel quand j'étais jeune femme, à 20 ans, mais j'ai su, euh j'ai trouvé les ressources...

3.2.3.3 *Parler d'une situation en général, ou du vécu d'un autre patient pour aborder le sujet.* (P1M3, P2M3, P11M1, P12M1.)

M3 : [...] Et parmi une des choses qui est à la mode en ce moment il y a les violences faites aux femmes. Et euh... je pense que ce serait mieux de dire aussi aux dames que, quand on a mal au ventre et mal pendant ses règles, la raison c'est peut-être qu'on subit des violences.

P1 : Ah oui...

M3 : Ouais.

-

P12 à M1 : Moi j'ai des patientes aussi qui ont ça, peut être que c'est votre cas, suite à des événements de vie difficile. Est-ce qu'on vous a fait du mal à un moment donné ?

3.2.3.4 *Questionnement en entonnoir.* (P1M1, P2M1, P2M2, P2M3, P4M1, P5M2, P6M1, P8M2, P9M2, P10M1, P11M1.)

Il s'agissait d'un questionnement qui partait d'une question ouverte, plutôt d'ordre général : sur le moral, sur la vie de couple et qui se resserrait petit à petit, sur une succession de question plus précises et fermées.

M2 : Pourquoi avez-vous une mauvaise estime de vous, comme ça ?

P5 : Non, je ne pense pas...

M2 : Vous diriez que vous aviez confiance en vous.

P5 : Oui... c'est surtout venu par rapport au boulot... c'est là que j'ai commencé... à dérailler quoi... par rapport au rythme de travail qu'on avait...

M2 : Ah oui... comment se passe votre vie à la maison ? Vous habitez seul ?

P5 : Oui, enfin je suis toujours chez mes parents depuis que je me suis séparé de ma femme (...)

M2 : C'était quelqu'un qui vous a dévalorisé ?

P5 : Non, pas du tout

M2 : Vous avez déjà rencontré des gens comme ça ?

P5 : (Silence) Oui, quelqu'un pour qui je travaillais.

3.2.3.5 Poser la question directement. (P2M1, P6M2, P8M2, P11M2.)

Comme nous allons le voir dans le prochain point, il y a plusieurs façons de poser la question des violences. Parfois cette question n'avait pas été introduite au préalable, et était posée par le médecin de manière directe, en particulier si certains éléments de l'entretien lui avaient semblé des facteurs de risque d'antécédents de violences. Souvent le médecin utilisait un moment de transition dans la consultation pour poser la question, notamment juste après le retour de la table d'examen lors retour au bureau, après une interruption de la consultation par le téléphone ou après une pause, un silence.

Examen clinique [...]

M2 : Des gens vous ont-ils déjà fait du mal dans votre vie ?

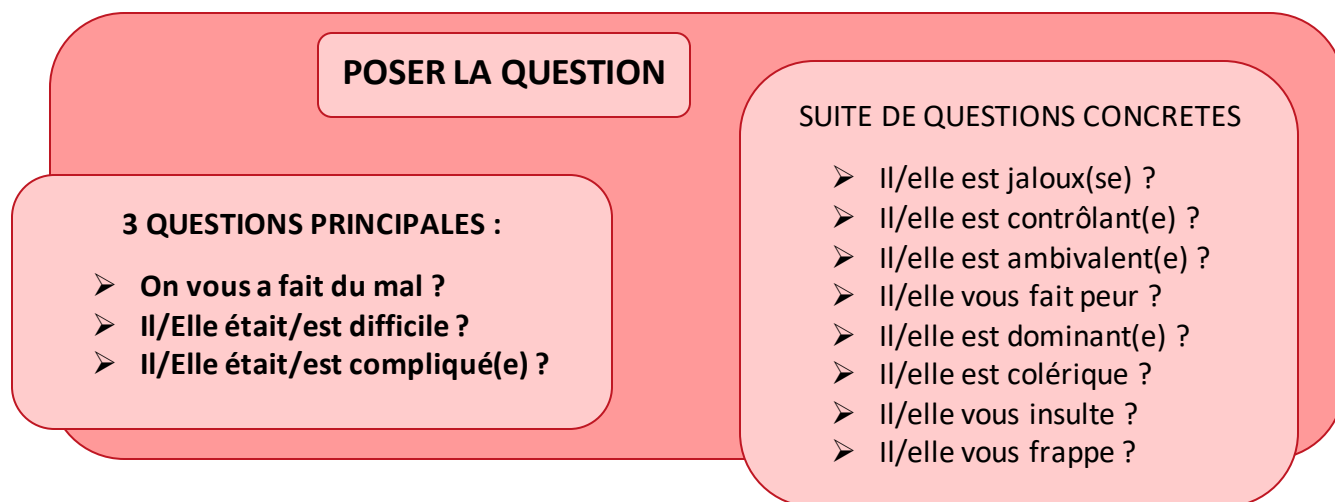
P11 : Oui

Silence durant l'examen.

P8 : Et puis ces bouffées de chaleur, c'est insupportable, ça me ronge.

M2 : En dehors de votre père, il y a des gens qui vous ont fait du mal dans la vie ?

3.2.4 Quelles formulations de questions étaient utilisées ?



3.2.4.1 Trois questions principales :

Les questions utilisées étaient principalement des questions fermées. Les trois les plus fréquemment utilisées et ayant permis de libérer la parole étaient :

- **On vous a fait du mal ?** (P2M2, P2M3, P3M2, P4M2, P6M2, P7M1, P9M2, P11M2, P12M2.)

Le plus souvent, les médecins utilisaient cette formulation, dont la réponse est fonction du vécu et du ressenti du patient. Elle a l'avantage d'être applicable à tous les types de violences.

M2 : Il y a des gens qui vous ont fait du mal pendant votre enfance ?

-

M3 : Qui c'est qui vous a fait du mal ?

-

M1 : On vous a fait du mal ?

-

M2 : Consulter un addictologue sera bénéfique également, vous avez raison, car je pense qu'on vous a fait du mal...

- **La situation est/était compliqué ? Il/elle est/était compliqué(e) ?** (P8M2, P9M2, P10M1, P10M2, P11M1.)

M2 : Pour le coup, avec lui c'était beaucoup plus compliqué ?

-

M2 : Et sinon c'est quelqu'un de compliqué ?

-

M2 : Qu'est ce qui était compliqué avec votre papa ?

-

M2 : Vous êtes en train de vivre une situation compliquée ?

-

M1 : Pourquoi c'est compliqué ?

-

M2 : Pour vous il y a un lien. Et du coup la relation avec votre compagne a été compliquée ?

-

M1 : Votre ex-mari c'était compliqué ?

- **La situation est/était difficile ? Il/elle est/était difficile ?** (P2M1, P4M1, P5M1 P10M1, P11M1, P12M1.) (Questions utilisées par un seul des trois médecins).

M1 : D'accord. Vous avez eu des situations difficiles avant ?

-

M1 : Okay... Il est difficile un peu votre conjoint ? Ou il peut être difficile ?

-

M1 : Ouais. Y'a des choses... des événements de vie difficile qui reviennent en ce moment ?

-

M1 : C'est difficile ?

- **Certaines utilisaient les termes « violences » ou « agressions » :** (P1M1, P1M3, P9M1, P11M1)

Mais elles étaient utilisées secondairement, pour faire préciser le type de violences vécues.

M1 : Il était violent aussi ? Il pouvait être violent ?

-

M1 : Et vous avez vécu du coup des agressions physiques ?

-

M3 : Et du coup c'était de quel ordre ? C'était des violences sexuelles ?

-

M1 : D'accord. Qu'est-ce que vous avez eu comme type de violence ?

➤ **Deux autres questions ont été utilisées de manière isolée : (P12M1)**

M1 : Vous avez eu des mauvaises expériences avant ?

-

M1 : Et il était méchant ?

3.2.4.2 *Des questions concrètes :*

➤ **Des questions plus ciblées** portant sur les comportements de l'agresseur pouvaient être posées :

- Sur la jalousie de l'agresseur : (P2M1, P2M2, P6M2, P10M1, P11M1.)

M1 : Il était jaloux un peu ?

-

M2 : Elle est jalouse ?

- Sur le contrôle exercé par l'agresseur : (P2M1, P10M1, P10M2, P11M1.)

M1 : Et il est pas dans le conflit ou il est pas contrôlant ou rabaissant ?

-

M1 : Il est contrôlant un peu avec vous ? Il vous demande ce que vous faites ? Il surveille ?

-

M1 : Et il va contrôler après ? Ou pendant que vous sortez il vous envoie des messages ?

-

M2 : Il vous appelait, fréquemment ?

-

M1 : Il vous laisse sortir voir du monde ?

- Sur l'ambivalence de l'agresseur : (P5M2, P11M1)

M2 : Vous ne saviez jamais sur quel pied danser ?

-

M1 : Il est ambivalent ?

-

M1 : Il peut tout d'un coup être très gentil, et tout d'un coup comme vous dites, un peu agressif.

- Sur la peur de la victime face à l'agresseur : (P5M1, P10M1)
 - M1 : Depuis longtemps vous aviez peur de lui ?*
 -
 - M1 : Donc il vous faisait peur ?*
- Sur la domination de l'agresseur : (P10M1, P10M2)
 - M2 : Elle vous a toujours beaucoup effacé pour exister ?*
 -
 - M1 : Hum. Il dominait.*
 -
 - M2 : C'est quelqu'un qui a besoin de pouvoir... ?*
- Sur le comportement colérique de l'agresseur : (P11M1, P2M1, P2M2, P5M2)
 - M1 : Ah oui ? Il est dur ?*
 -
 - M2 : Votre conjoint se met en colère parfois ?*
 -
 - M1 : Il... peut... vous embêter un peu ? Chercher le conflit parfois ?*
 -
 - M2 : Caractériel ?*
 -
 - M2 : Il vous mettait la pression ?*
 -
 - M1 : Il se bloque ?*
- Sur les insultes : (P2M2, P10M1, P10M2)
 - M2 : Elle a eu des mots pas tendres envers vous ?*
 -
 - M1 : Il pouvait être insultant ?*
 -
 - M1 : Même verbalement ? Est-ce qu'il y a des violences verbales ?*
- Sur un isolement familial ou financier mis en place par l'agresseur : (P10M2, P11M1)
 - M1 : Et vous, il vous a pas isolée de votre famille ?*
 -
 - M2 : Une pression financière un peu aussi ?*
- Concernant les violences physiques : (P2M2 P10M1, P10M2, P11M1)
 - M1 : Ouais. Et alors c'est quoi, il crie ? Il frappe ?*
 -
 - M2 : Oui... des gestes aussi ?*
 -
 - M1 : Ouais. Et physiquement il est allé jusqu'au... où ?*
 -
 - M1 : Et il a déjà crié ou frappé ?*
 -

M2 : Il vous tapait ?

Ces questions utilisaient un vocabulaire simple et courant, elles étaient abordées franchement, sans avoir peur d'utiliser les mots, sans détournements.

- **Enchaînement de questions fermées sur les violences psychiques.** (P2M1, P2M2, P4M1, P5M2, P10M1, P10M2, P11M1).

La plupart du temps ces questions ciblées s'enchaînaient. Ce questionnaire pouvait aller crescendo, en escalade, commençant par des questions sur les violences psychologiques pour terminer sur des questions concernant les violences physiques et sexuelles.

P11 : Bah il arrivait à me rabaisser et lui à, du coup à... à prendre le dessus.

M1 : Hum. Il dominait.

P11 : Il dominait. J'ai eu beaucoup de mal à m'en défaire.

M1 : Ouais. Il était jaloux ?

P11 : Ouais. Il était jaloux, il était... oui j'ai complètement perdu confiance.

M1 : Il était contrôlant ?

P11 : Ouais.

M1 : Ça se manifestait comment ?

P11 : Pfff... je me souviens plus. Il était fou des fois. Puis après c'est tout gentil. Et des fois ça repartait puis ça...

M1 : Il pouvait être insultant ?

P11 : Ouais. Ah oui oui oui oui.

M1 : Ouais. Et physiquement il est allé jusqu'au... où ?

P11 : Ah il a essayé de me tuer en voiture.

-

M2 : Vous avez déjà rencontré des gens comme ça ?

P5 : (Silence) Oui, quelqu'un pour qui je travaillais. Si on faisait le boulot comme il faut, c'était pas bien. Pour que ça soit normal il fallait qu'on aille au-dessus. Il y avait toujours un plus à faire. C'était même plus plus plus plus, et puis c'est normal, tu as fait ton boulot. Si tu fais le boulot normal, tu n'as rien foutu. C'était la pression.

M2 : Il vous mettait la pression ?

P5 : Oui.

M2 : Il vous appelait, fréquemment ?

P5 : C'est ça. Tu es où ? Tu n'en es que là...

M2 : Caractériel ?

P5 : Caractériel

M2 : Vous ne saviez jamais sur quel pied danser ?

P5 : Jamais (...) Normalement on doit rouler 9 heures en camion... on roulait 18 heures... j'ai fait des conneries...

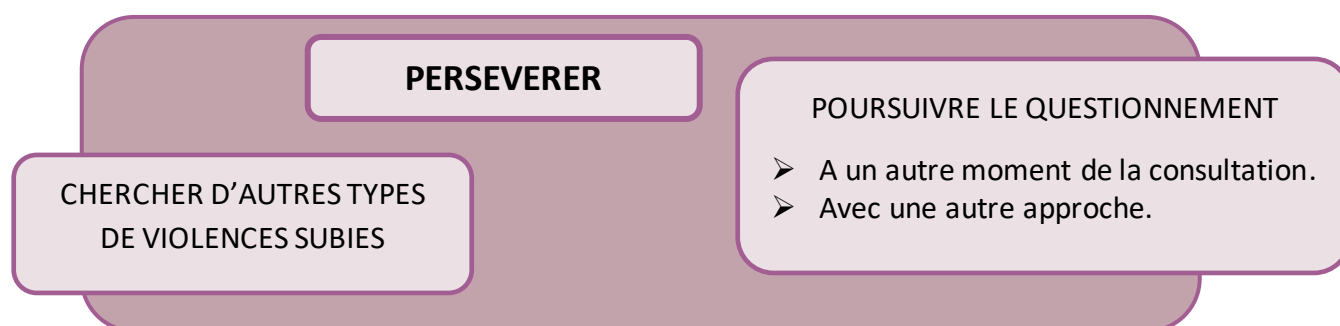
3.2.4.3 *Utilisation de phrases affirmatives voire interprétatives plutôt que des phrases interrogatives.* (P1M3, P2M3 P3M2, P4M2.)

A plusieurs reprises, les médecins affirmaient leur suspicion d'un vécu traumatique, sans poser la question, sous forme d'une phrase affirmative. Cela aboutissait à une révélation des violences subies.

M3 : Le seul facteur, un des facteurs c'est le fait d'être en surpoids, ça favorise des règles précoces et le fait d'avoir une vie... c'est pour ça que je vous demandais si vous étiez l'ainée, de subir plus de choses que les autres.

M2 : Consulter un addictologue sera bénéfique également, vous avez raison, car je pense qu'on vous a fait du mal...

3.2.5 Persévérer dans le questionnement, que la première réponse à la question des violences subies soit positive ou négative.



3.2.5.1 *En cas de repérage de violences, rechercher d'autres types de violences subies :* (P2M2, P2M3, P4M1, P8M2, P10M1, P10M2, P12M1.)

Même si le patient avait révélé avoir vécu une forme de violence, les médecins continuaient le questionnement à la recherche d'un autre type de violences subies. Par exemple : si le patient décrivait des violences psychiques, ils recherchaient des violences physiques ou sexuelles. Si le patient décrivait des situations de violences conjugales, ils recherchaient des violences dans l'enfance ou avec un précédent conjoint.

Ce questionnement se faisait immédiatement après les révélations des violences ou à un autre moment de la consultation, en fonction de l'entretien.

Pour rappel, 12 des 25 patients avaient subi au moins 2 types de violence.

M2 : D'autres personnes vous ont-elles fait du mal dans votre vie ?

P2 : Oui, mon père, enfant.

M2 : Il vous a fait du mal sexuellement ?

P2 : Non. Il était alcoolique, et... il fallait quelqu'un sur qui taper.

-

M1 à P12 : Et les conjoints que vous avez eu avant, y'a eu des moments ? Des violences aussi ?

-

M1 : Et y'a eu d'autres violences ? Alors verbales j'entends et psychiques de ce que vous me dites. Et plus physique ou sexuelle ?

P11 : Non pas sexuelles, euh physiques, je dirai une fois il était violent donc du coup je me suis cachée dans les toilettes. Et du coup j'ai appelé des amis qui sont venus à la maison.

3.2.5.2 *En cas de réponse négative, utiliser une autre approche : (P4M1, P4M2, P5M1, P5M2, P9M2, P11M1, P12M1.)*

Le médecin ne s'en contentait pas et poursuivait alors son questionnement, en abordant la question sous un autre angle, en recherchant un autre type de violence.

Exemple de la consultation P5M1 :

La patiente parle d'une addiction sevrée au cours de sa première relation. Le médecin interroge alors sur cette relation. La réponse étant négative, il demande s'il y a eu d'autres situations difficiles avant.

M1 : D'accord, ça s'est pas bien fini ?

P5 : Nan, c'était très bien.

M1 : Ça a été ?

P5 : Ouais. Il était gentil, très ouvert, il m'a ouvert à beaucoup de choses.

M1 : D'accord. Vous avez eu des situations difficiles avant ?

La patiente minimise la situation et change de conversation. Le médecin va alors l'examiner. Puis reprend son questionnement, cette fois en abordant la situation familiale.

M1 : Et entre vos parents ça se passe comment ?

P5 : En fait je suis hyper... je suis vraiment une hypersensible donc moi la manière donc je ressens les choses des fois ça me paraît grave mais en fait nan ça l'est pas.

M1 : Hum.

P5 : Mais moi je les sens violentes, je sens les choses violentes.

M1 : Hum, c'est-à-dire qu'est-ce que vous sentez ?

P5 : Bah je perçois la tension, la colère, du coup je perçois de la violence alors que c'est que de la colère et voilà du coup et sa tristesse...

M1 : C'est de la violence verbale du coup que votre père il...

P5 : Euh même pas c'est oui enfin voilà il va parler fort.

La réponse n'étant pas franche, le médecin poursuit le questionnement en interrogeant sur l'origine de l'anxiété de la patiente.

M1 : Oui. Et votre anxiété que vous avez là c'est depuis toujours ou il y a eu quelque chose qu'il l'a....

P5 : Euh bah oui j'ai toujours été anxieuse.

Elle explique par la suite que son frère a également de troubles anxieux. L'occasion pour le médecin de poursuivre dans cette direction en insistant car la première réponse est de nouveau négative :

M1 : Et il y a eu une situation familiale traumatisante ?

P5 : Oui je pense que la dépression de ma maman...

M1 : Mais il y a eu d'autres évènements ?

P5 : (Hésitation). Ouais. Ouais parce qu'enfin encore une fois moi les choses me paraissent... donc j'sais pas. Ouais y'a des choses qui sont un peu brouillées dans ma mémoire.

M1 : Vous pensez à quoi ?

P5 : Ben j'sais pas. Je sais pas (silence). [...]

M1 : [...] *Il vous arrive une émotion là, c'est bien qu'il y a quelque chose qui vous touche...*

P5 : Ben y'a... un homme qui fait plus partie de ma vie, depuis que ma tante est décédée mais dont j'ai très très peur.

La patiente finit par révéler des attouchements dans l'enfance.

En effet, la formulation de la question peut ne pas être la bonne, ne correspondant pas au langage ou au vécu du patient. Ainsi, les médecins utilisaient plusieurs formulations et approches, et ne lâchaient pas, s'ils étaient convaincus d'un antécédent de violence.

M2 : C'était quelqu'un qui vous a dévalorisé ?

P5 : Non, pas du tout.

A ce moment de la consultation, le médecin aurait pu s'arrêter là. Mais il poursuit, ce qui permet de mettre en évidence une situation de harcèlement au travail.

M2 : Vous avez déjà rencontré des gens comme ça ?

P5 : (Silence) Oui, quelqu'un pour qui je travaillais.

3.2.5.3 *Plusieurs phases de questionnement :*

A l'image de l'exemple de la consultation P5M1, qu'elle que soit la réponse apportée par les patients (négative ou positive), les médecins interrogeaient à différents moments de l'entrevue, en plusieurs phases.

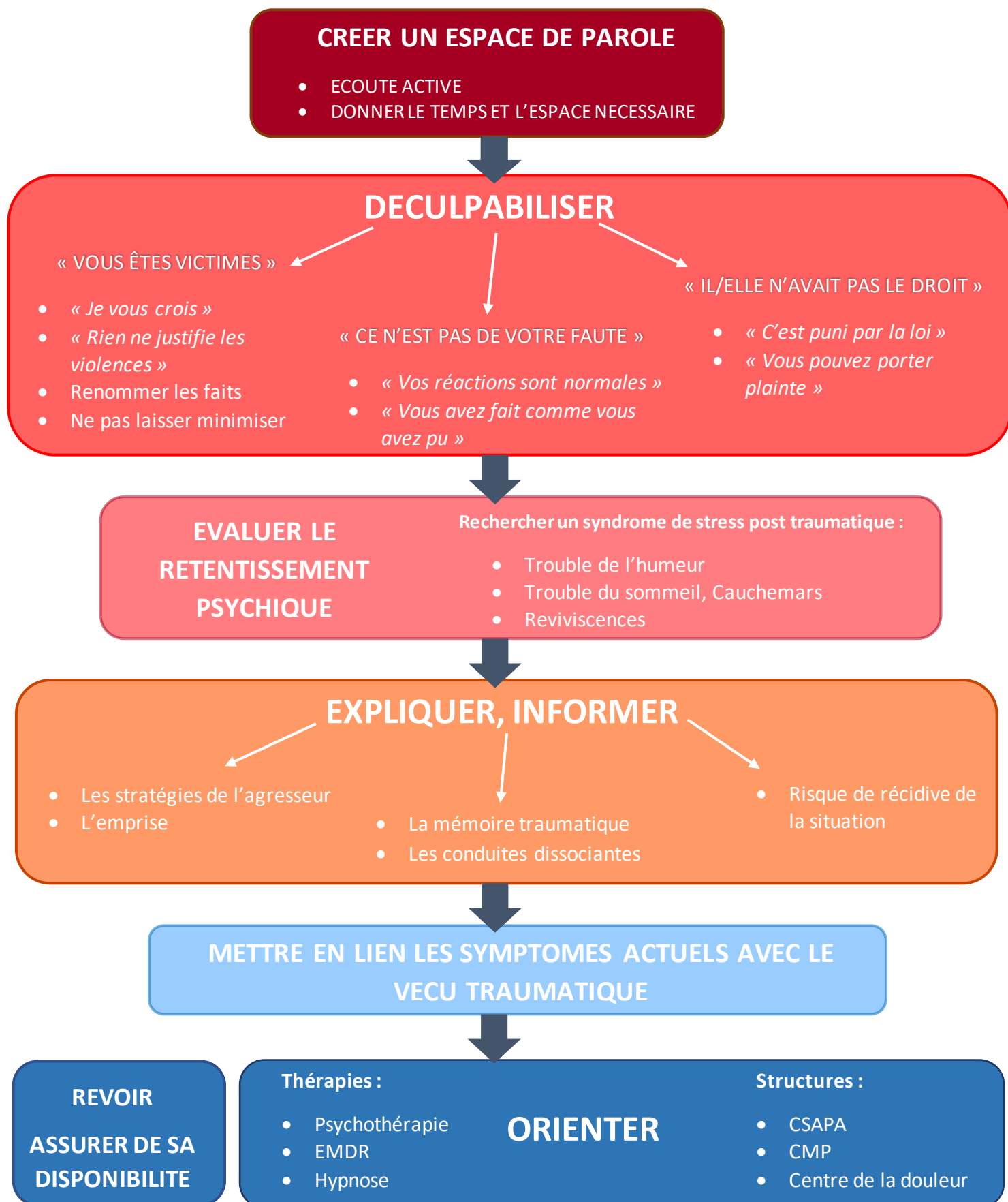
- Il y avait souvent deux phases de questionnement au cours de la consultation. (P1M3, P2M1, P6M2, P8M2, P9M2.)
- Parfois même trois phases. (P2M2, P4M1, P5M1, P10M1, P11M1, P12M1.)

Parfois ce questionnement pouvait se faire sur plusieurs consultations : à l'image de P8M1, qui a été revue par le médecin enquêteur, peu de temps après, sur une journée de consultation non enregistrée, sans la présence de son mari, avec le repérage d'une situation de forte emprise psychologique de son mari dont elle-même n'avait pas encore pris conscience.

3.3 APRES LE REPERAGE DES VIOLENCES : QUOI FAIRE, QUOI DIRE ?

3.3.1 Aperçu schématique des résultats :

Figure 2 : Schéma récapitulatif des principaux résultats : après le repérage, quoi faire, quoi dire ?



3.3.2 Ecouter :

CREER UN ESPACE DE PAROLE

- ECOUTE ACTIVE
- DONNER LE TEMPS ET L'ESPACE NECESSAIRE

Cette étape d'écoute favorisait le repérage, en mettant en place un climat propice à la révélation des violences, comme nous l'avons vu précédemment. Elle était aussi un élément majeur de la prise en charge, par la libération de la parole de la victime.

- **Certains patients n'avaient jamais eu l'occasion de parler des violences subies.** (P2M1, P3M2, P4M1, P11M2.)

M1 : D'accord et ça, ça a été reconnu ? Vous en avez parlé à quelqu'un ?

P4 : Non parce que je l'ai jamais dit.

M1 : Vous l'avez jamais dit.

P4 : Non. Et c'est maintenant que ça me... travaille plus. Parce que je me suis mariée pour partir de chez moi. C'est le premier homme que j'ai euh... j'ai pris, c'était mon premier homme. Je me suis mariée...

M1 : Vous avez jamais osé le dire ?

P4 : Je me suis mariée pour... nan je l'ai jamais dit.

-

M1 : Donc quand vous dites qu'on a profité de vous moi je... je vais utiliser un mot plus fort mais j'aurai tendance à dire qu'on peut... on peut parler de viol ?

P2 : Oui exactement. Après j'en ai jamais parlé. Mes parents sont pas au courant. J'ai jamais voulu porter plainte, j'ai jamais voulu, parce que ça...

-

M2 : Personne ne vous a posé de questions à ce moment-là ?

P11 : Non, pas vraiment. Ça s'est passé au Maroc et j'ai vécu des choses tellement violentes que je ne pouvais pas en parler, c'était trop dur.

- **Ces questionnements interpellaient certains patients, mais semblaient bien acceptés.** (P2M4, P2M2, P4M2.)

M2 : C'est difficile pour vous d'en parler ?

P4 : Oui

M2 : Vous auriez préféré qu'on n'en parle pas.

P4 : Ah non pas du tout (...)

-

P4 : (Silence. Pleurs). Ça n'était pas prévu de parler de tout ça... (Rires)

M2 : On n'est pas obligé d'en parler si vous ne le souhaitez pas.

P4 : (Rires.) Ça me fait tout bizarre.

M2 : On n'est pas obligé de continuer si vous ne le souhaitez pas.

P4 : ...bah j'ai eu une enfance un peu compliquée [...]

3.3.3 Déculpabiliser :

DECULPABILISER

« VOUS ÊTES VICTIMES »

- « Je vous crois »
- « Rien ne justifie les violences »
- Renommer les faits
- Ne pas laisser minimiser

« CE N'EST PAS DE VOTRE FAUTE »

- « Vos réactions sont normales »
- « Vous avez fait comme vous avez pu »
- « Rien ne justifie ce que vous avez subi »

« IL/ELLE N'AVAIT PAS LE DROIT »

- « C'est puni par la loi »
- « Vous pouvez porter plainte »

3.3.3.1 Reconnaître comme victime :

➤ Les médecins renommaient les faits, avec des termes adaptés. (P2M1, P5M2.)

P2 : Euh, j'ai été euh... on a profité de moi je dirais... A une soirée.

M1 : D'accord, c'est-à-dire ?

P2 : Euh on m'a droguée, je me suis réveillée le lendemain j'étais dans un lit (baisse la voix)... (silence).

M1 : Les... mots que vous utilisez me semblent faibles par rapport à ce que vous me dites. « Profiter de vous » euh...

P2 : J'étais totalement déshabillée dans le lit, on s'est vanté de qu'il s'est passé beaucoup de choses cette nuit, alors que je n'avais pas bu et que je ne buvais pas donc je ne comprends pourquoi je ne me souviens pas de la soirée.

M1 : Des choses que vous ne souhaitiez pas ?

P2 : Exactement.

M1 : Donc quand vous dites qu'on a profité de vous moi je... je vais utiliser un mot plus fort mais j'aurai tendance à dire qu'on peut... on peut parler de viol ?

P2 : Oui exactement.

-

M2 : C'est une forme de harcèlement...

P5 : Ah oui complètement... (...)

➤ Ils reconnaissaient la violence de la situation vécue, la notion de victime et d'agresseur. (P1M2, P2M3, P2M1, P7M1, P9M1, P10M2.)

M2 : C'est une forme de violence ce que vous avez subi.

P10 : Oui.

-

P2 : Oui parce que j'arrive pas à me souvenir de la soirée...

M1 : C'est hyper violent ça.

-

P2 : J'ai appris ça deux jours après avoir su que j'étais enceinte. Et bah je lui ai dit et elle m'a dit que c'était parce que j'étais trop grosse et que voilà !

M3 : Oh mon dieu !

P2 : Et je l'ai mal pris sur le coup (parle toujours en pleurant.)

M3 : Ouais. C'est super méchant !

-

M3 : Bon bah alors il est coupable !

P2 : Oui il est coupable.

-

P9 : J'allais les voir parce qu'il y avait des problèmes à l'école parce que les autres me causaient à moi ! C'est pas moi qui causait des problèmes en fait.

M1 : Oui vous étiez victime de ça.

- **Le médecin ne laissait pas le patient minimiser ou excuser la situation, et le reprenait si c'était le cas. (P11M1, P2M3.)**

P11 : C'est la culture turque, je dis pas que tout le monde est pareil, certaines musulmanes sont pareilles.

M1 : C'est pas qu'une affaire de culture hein, vous savez, moi j'ai des patientes qui sont peut être un peu dans des situations comme vous, qui sont avec des personnes ou elles sentent bien que la relation elle est pas vraiment équitable et que... elle est pas forcément toujours normale.

-

P2 : Mais elle m'a pas fait physiquement mais mentalement.

M3 : Ouais et... Y'aurait comme une gradation ? C'est-à-dire que les coups ce serait pire que la violence psychologique ?

P2 : C'est une question difficile que vous me posez.

M3 : En fait on reconnaît au moins trois types de violences : les abus sexuels, les abus psychologiques et les abus physiques. Y'a pas de gradation. Quelqu'un qui a eu un abus sexuel, c'est aussi grave, sauf que ça peut être un crime en plus un abus sexuel, que la violence psychologique ou la violence physique.

3.3.3.2 « Ce n'est pas votre faute » :

- **Le médecin rappelait que ce qu'il s'est passé n'est pas de la faute du patient. (P2M1, P2M3, P3M1, P5M1, P11M1.)**

M3 : Mais c'est des conneries, votre maman vous dit que des conneries. (Silences, pleurs de la patiente). Ça n'a rien à voir Mademoiselle P. Ça n'a rien à voir avec vous.

M3 : (...) Quand on est une mère, on ne dit pas ça à son enfant. Voilà. Il faut que vous compreniez que ça n'a rien à voir avec vous.

-

P2 : Parce que c'est vraiment quelque chose qui m'a touchée.

M1 : J'imagine oui. Vous vous rendez compte que ce qu'il s'est passé, ce n'était pas de votre faute ?

➤ **Que ces réactions sont normales. (P4M2, P10M2.)**

M2 : Vous n'êtes pas bizarre, vous n'êtes pas... quand on subit une pression comme ça, je me permets de parler de votre ex-compagne, je pense que c'est quelqu'un qui a besoin d'avoir du pouvoir, qui a besoin d'avoir un ascendant sur quelqu'un. (...) Cela entraînait des sécrétions importantes d'hormones et cela entraîne indirectement des douleurs (...) il n'y a rien de bizarre. Ce sont des messages que votre cerveau reçoit. Ça n'est pas une somatisation, vous comprenez ?

-

M2 : Il faut que vous trouviez quelqu'un à qui en parler, à qui vous pouvez tout dire, sans honte. Vous n'y pouvez rien. Vous avez juste vécu des choses pas drôles mais vous êtes normale. [...] Vous n'êtes pas bizarre, c'est une réaction normale du corps humain à des choses anormales que vous avez vécues.

➤ **Et que le patient a fait comme il a pu avec la situation : (P1M2, P3M2.)**

M2 : Ça vous agace et vous vous dévalorisez comme ça en fait ?

P3 : Oui, c'est ça

M2 : Pourtant, vous avez compris que ces substances vous ont malheureusement permis de tenir le coup certaines fois, et vous vous en êtes bien sorti. Vous allez y arriver (...)

-

P1 : [...] Et puis évidemment quand on se retrouve tout seul et tout euh... il faut faire partir les démons et c'était la seule chose que j'ai trouvé (l'addiction).

M2 : Vous avez fait comme vous pouviez.

3.3.3.3 « L'agresseur n'avait pas le droit. » :

➤ **Le médecin rappelait également au patient que ce qu'il a vécu n'est pas normal, que c'est puni par la loi, que l'agresseur n'avait pas le droit. (P2M1, P2M3, P5M1, P11M1)**

M1 : Que... c'est interdit, c'est puni par la loi et qu'il avait pas le droit de faire ça.

P2 : Je sais bien. Mais euh j'étais pas assez forte pour l'assumer ou pour aller voir quelqu'un pour en parler, ça c'était pas possible.

-

P5 : Ouais. Ouais j'avais peur. J'avais peur même si j'avais que quatre ans je comprenais quand même qu'il y avait des regards ou des choses qui étaient pas...

M1 : Qui étaient pas normales ?

P5 : Hum.

M1 : Qu'il avait pas le droit de faire.

➤ Et lui rappelait son droit de porter plainte. (P2M1.)

M1 : Que...c'est interdit, c'est puni par la loi et qu'il avait pas le droit de faire ça.

P2 : Je sais bien. Mais euh j'étais pas assez forte pour l'assumer ou pour aller voir quelqu'un pour en parler, ça c'était pas possible.

M1 : Ouais. C'est toujours faisable. Si un jour vous avez envie de le faire, vous pouvez toujours faire des démarches. Voilà. Si ça vous apporte quelque chose.

3.3.4 Evaluer le retentissement psychique : (P1M1, P2M1, P3M1, P5M1, P10M1, P11M2)

**EVALUER LE
RETENTISSEMENT
PSYCHIQUE**

Rechercher un syndrome de stress post traumatique :

- Trouble de l'humeur
- Trouble du sommeil, Cauchemars
- Reviviscences

Par la suite, les investigatrices évaluaient le retentissement psychique, dépistaient un éventuel syndrome de stress post-traumatique, en évaluant les troubles de l'humeur, les troubles du sommeil, les troubles alimentaires, en recherchant des réminiscences.

M2 : Et maintenant ?

P11 : Non, maintenant je me sens totalement moi-même...

M2 : Vous avez l'impression d'être passée à autre chose ?

P11 : Ah oui totalement !

M2 : Avez-vous des cauchemars, insomnies ?

P11 : Non, pas du tout, j'ai un très bon sommeil et... non (...).

-

M1 : Hum... ok. Et du coup le stress que vous avez au travail, ça a un impact sur votre vie personnelle un petit peu ?

P2 : Je suis très de mauvaise humeur. Je vais avoir beaucoup de sautes d'humeur...

M1 : Okay...

P2 : Je vais pouvoir pleurer d'un rien et euh... très tendue... (silence)

M1 : D'accord. Et le sommeil se passe comment ?

P2 : J'ai jamais eu un très bon sommeil.

M1 : D'accord donc c'est pareil.

P2 : Je suis quelqu'un de très anxieuse de base donc euh le sommeil c'est assez compliqué. (...).

M1 : Vous mangez bien ?

P2 : Non.

M1 : Vous avez perdu du poids ?

P2 : Je pense.

-

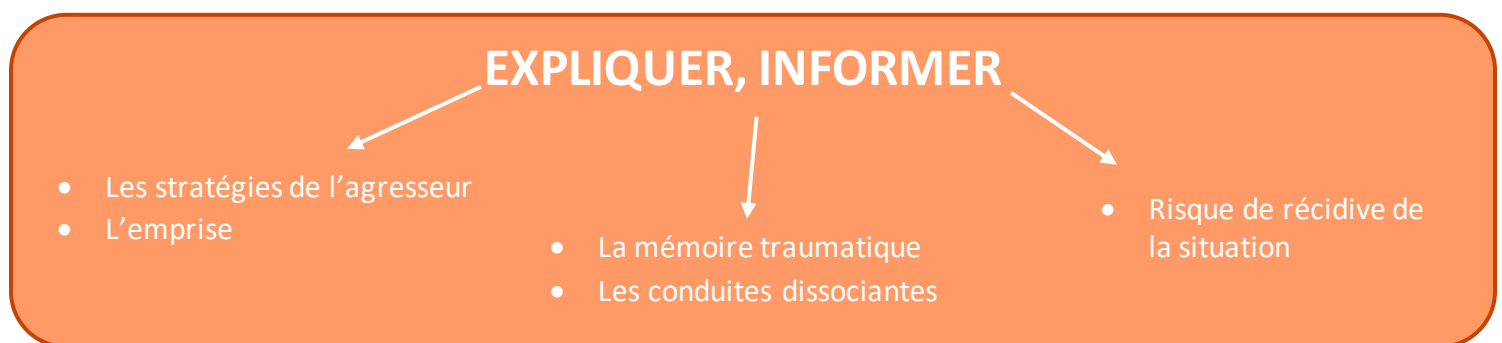
M1 : C'est toujours là. Y'a des moments où vous y repensez ? Vous y pensez tous les jours ?

P2 : Euh pas tous les jours mais très régulièrement.

M1 : Y'a des cauchemars ?

P2 : Euh j'en ai eu. J'en ai beaucoup eu. Après je...j'ai des nuits agitées mais je sais pas du tout si je fais des cauchemars, je m'en rappelle pas.

3.3.5 Expliquer et informer :



Pour démontrer la stratégie des agresseurs, mais aussi faire comprendre aux patients pourquoi ils ont eu tant de mal à se défaire de la situation, ou pourquoi ils en souffrent maintenant, les médecins donnaient des explications sur :

➤ **Les mécanismes de l'emprise.** (P2M3, P5M2, P10M1, P10M2, P11M1.)

M1 : Hum. Souvent, les femmes comme vous qui sont un peu sous l'emprise de quelqu'un d'autre, euh voilà sont des femmes qui ont eu à un moment donné des événements de vie difficile, qui sont un peu plus fragiles. Et du coup ces hommes-là, se rendent compte de cette fragilité et ils en profitent, ils viennent, au départ tout est beau, ils racontent plein de belles choses etc... Et puis petit à petit ils peuvent être un peu plus cassant, ça peut aller jusqu'à des coups, mais au départ c'est plutôt verbal. Il peut tout d'un coup être très gentil, et tout d'un coup comme vous dites, un peu agressif.

P11 : Ouais ouais.

M1 : Et des fois, ça peut aller jusqu'à physiquement.

-

M3 : Bah bien sûr c'est un coup la claque, un coup la caresse. Donc pendant tout un moment elle va être gentille et puis après quand vous allez vous détendre à nouveau, paf ! Ça va recommencer.

P2 : C'est ce qu'il se passe à chaque fois !

M3 : Bah voilà, c'est le jeu du chaud et du froid mais ces gens là on les change pas ! Donc en effet il faut que vous viviez pour vous, en vous prouvant, avec les autres que vous valez la peine.

-

M2 : Vous avez une idée de pourquoi vous avez accepté ça ?

P10 : Non, je ne sais pas.

M2 : Vous connaissez le mécanisme d'emprise ? (...) Elle vous a fait subir des agressions, des agressions, des agressions jusqu'à un jour où une agression plus forte que les autres vous a fait partir. Vous avez réussi à accepter qu'elle vous dise de vous suicider. Vous vous rendez compte de la violence que vous avez pu accepter ?

- **La mémoire traumatique et les conduites dissociantes.** (P1M3, P2M2, P4M2, P10M1, P10M2, P12M1).

M1 : Et donc ça c'est des choses qu'il faut travailler pour aider justement cette mémoire à assimiler ces événements difficiles et violents, même s'ils ont été peu physiques mais juste psychiques c'est suffisamment violent pour faire en sorte que le cerveau, pour se protéger disjoncte un peu, se protège. Ce qui fait que la mémoire n'assimile pas bien. Et ça anesthésie un peu, c'est pour ça que vous ne partez pas, en fait, à ce moment-là.

-

M3 : Et euh... ces... euh... je sais pas si vous connaissez Muriel Salmona ?

P1 : Si.

M3 : Ouais. Du coup dans le circuit cérébral, le fait d'être soumis à un stress ça fait dégager des hormones différentes, de stress, d'ocytocine. Et ça modifie la pensée. Et... Et la perception des choses. Alors normalement c'est plutôt une conséquence de la violence qu'un truc qui est parallèle à la violence. [...] Quand on subit des violences, on a l'adrénaline qui est sécrétée dans le cerveau fait des pensées automatiques et je pourrai aussi vous décrire... Et les pervers notamment, les petites phrases qu'ils utilisent on dirait qu'ils sont formatés comme euh... on dirait qu'ils disent tous la même chose. Enfin c'est complètement dingue quoi. Donc voilà en subissant des violences vous avez dégagé une certaine forme d'hormones qui vous ait dépersonnalisé...

-

M2 : C'est prouvé scientifiquement que des symptômes difficiles à expliquer, comme les vôtres, très souvent sont dus à un traumatisme ou à des traumatismes. Le corps sécrète des hormones, suite à ces traumatismes, ce qui donne des signes différents selon les personnes... certains vont avoir des douleurs abdominales, d'autres des problèmes de dos... Tant que sur ces traumatismes on n'avance pas, ça va vous embêter parce que c'est ultra

handicapant et ça vous fait souffrir. C'est une manière pour votre corps de... votre cerveau est passé à autre chose mais votre corps probablement pas...

➤ **Le risque de répéter la situation.** (P1M3, P10M1, P12M1.)

M1 : Parce qu'on a tendance à revenir vers... c'est pour ça que je vous demande ça.

P11 : Ah ouais. De reproduire le schéma et de chercher quelqu'un qui... ?

M1 : Hum.

P11 : Non.

M1 : Et pas forcément de chercher mais en plus comme on a un problème de confiance en soi et que comme vous avez dit les pervers narcissiques au départ quand ils arrivent, tout est beau, tout est magnifique etc... ça rebooste la confiance, on risque de se retrouver dans le même schéma.

P11 : Ah oui oui oui.

Ces explications étaient vulgarisées, utilisaient un vocabulaire simple afin de s'adapter au niveau de compréhension du patient.

3.3.6 **Mettre en lien les symptômes et comportements actuels avec ce vécu traumatique :** (P1M1, P1M2, P1M3, P2M1, P2M2, P2M3, P3M1, P3M2, P4M1, P4M2, P5M1, P5M2, P6M1, P6M2, P7M2, P8M2, P10M1, P10M2, P12M1.)

METTRE EN LIEN LES SYMPTOMES ACTUELS AVEC LE VECU TRAUMATIQUE

Dans la plupart des entretiens, le repérage des violences permettait par la suite au médecin de faire un rapprochement entre ce vécu traumatique et les symptômes ou comportements actuels du patient.

M3 : Le seul facteur (parle des ménarches précoces), un des facteurs c'est le fait d'être en surpoids, ça favorise des règles précoces et le fait d'avoir une vie... c'est pour ça que je vous demandais si vous étiez l'ainée, de subir plus de choses que les autres.

P1 : J'ai eu une enfance un peu compliquée.

-

M1 : Ça a créé... du coup vous avez une anxiété qui vous a empêché de faire des examens, perte de confiance. Et puis là, quand vous vous retrouvez dans des situations difficiles, avec des gens qui en plus contribuent à vous rabaisser, tout de suite, vous êtes un peu désarmée quoi. Ce qui est normal.

-

M2 : Il vous tapait ?

P2 : Oui

M2 : C'est pour ça que vous faites tous ces malaises, c'est pour ça que vous êtes comme ça. [...] Dans votre tête, vous êtes passée à autre chose, mais votre corps s'en souvient. Sa manière de s'en souvenir, c'est des fois de faire des malaises, de vous mettre mal, de vous faire ressentir des douleurs. Ça n'est pas psychologique, ce sont des douleurs bien réelles.

-

M2 à P3 : ...et qu'il y a besoin de traiter le mal qu'on vous a fait pour pouvoir arriver, vous, arriver à passer un cap afin de boire moins d'alcool. Si vous buvez de l'alcool et que vous fumez du cannabis c'est qu'il y a besoin, un besoin d'oublier...

-

M2 : Savez-vous comment nous sommes venus à tout ça ?

P4 : (Rires.) Non.

M2 : C'est parce qu'il y a probablement un lien entre toutes vos souffrances et vos symptômes... ? C'est pour ça qu'on y est venu.

P4 : (Silence.) Ah...

- **Ce qui permettait parfois de limiter les traitements médicamenteux.** (P1M2, P2M2, P5M1, P9M1)

M1 : Donc pour l'instant, j'ai pas spécialement de raison de vous donner un traitement.

P5 : D'accord.

M1 : Je préfère qu'on fasse le bilan, qu'on voit vraiment ce qu'il en est, qu'on vous revoie pour refaire le point par rapport à toutes les petites choses qu'il y a. Euh.... Voilà.

P5 : En plus si je peux éviter un traitement...

M1 : Donc voilà et je pense que, peut-être qu'en travaillant sur tout ce qui vous angoisse aussi, vous aurez probablement certains symptômes qui peuvent être liés à ça qui vont diminuer.

-

M2 : Il n'y a pas de médicament magique pour soigner vos vertiges.

P2 : Donc je ne prends pas le Betaserc ?

M2 : Vous avez essayé ?

P2 : Non.

M2 : Vous souhaitez essayer ?

P2 : Je ne sais pas, qu'en pensez-vous ?

M2 : Je pense que ça ne sert à rien d'essayer des médicaments, des médicaments, et des médicaments qui ne vous apporteront pas.

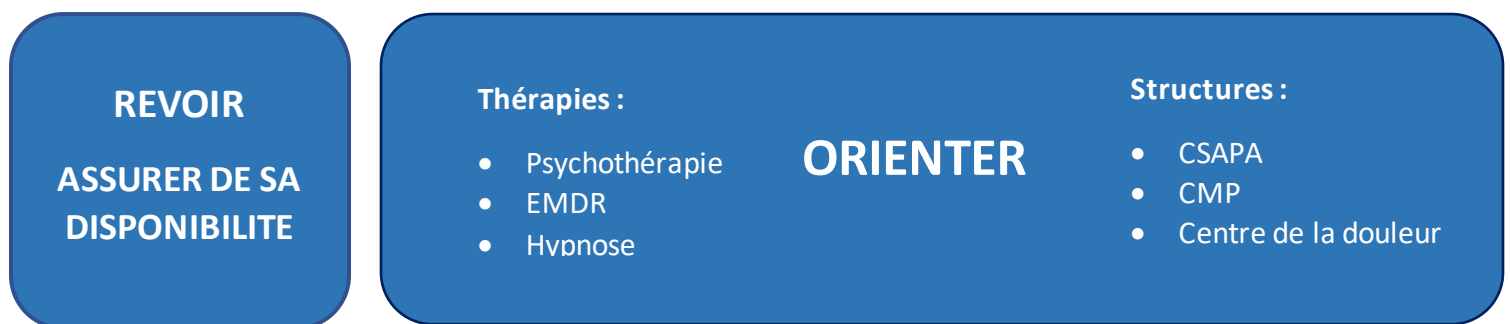
3.3.7 Encourager, renarcissiser le patient : (P2M1, P2M2, P3M1, P3M2, P4M2, P5M1, P6M1, P6M2, P7M1, P9M1, P9M2, P11M2, P12M1.)

Après ces révélations, les médecins utilisaient des phrases d'encouragement, afin de renarcissiser, de redonner confiance à ces personnes victimes.

M1 à P9 : Vous vous rendez compte que vous avez quand même beaucoup de ressources en vous. Parce que malgré tout ce qui vous arrive vous vous battez, vous arrivez à arrêter le tabac, vous arrivez à lutter contre cette obésité. C'est des choses pas faciles tout ça !

-
M2 à P4 : Mais vous vous en sortirez, j'en suis certaine. Vous savez mettre des stratégies en place pour vous en sortir, cela passe par des moments pas drôles mais je sais que vous vous en sortirez. Vous avez une sacrée force (...). Vous avez le droit d'être heureuse.

3.3.8 Orienter :



3.3.8.1 Vers un spécialiste ou une structure :

- Dans presque tous les entretiens, les médecins ont proposé ou encouragé une prise en charge en psychothérapie ou hypnose : (P1M1, P1M2, P2M1, P2M2, P2M3, P3M1, P3M2, P4M1, P4M2, P5M1, P6M1, P7M1, P7M2, P8M1, P8M2, P9M1, P10M1, P10M2, P11M1, P11M2).

M1 à P3 : Après moi je pense que vraiment il y a une chose : faut que vous travailliez vous aussi sur votre frustration, votre colère etc..., qu'elle soit moins forte qu'elle vous bouffe moins. Et ça, soit avec une thérapie, ou avec l'hypnose, vous pourriez apaiser les choses. Du coup quand vous aurez des choses qui sont plus difficile à vivre au travail etc... ça aura peut-être moins d'impact sur vous.

-
P2 à M2 : Je vous conseillerais de voir une psychologue car de telles douleurs entraînent des souffrances. Ça n'est pas rien d'avoir peur de mourir. Tout le monde ne vit pas ce que vous avez vécu. [...] Il est intéressant de coupler la consultation avec un psychologue avec des techniques de relaxation.

- Ils orientaient parfois le patient vers une structure de prise en charge psychologique (CMP, CSAPA) : (P3M2, P5M2, P10M2)

P5 à M2 : Je vous donne également l'adresse du CMP.

- Ou vers de Centre de traitement de la douleur : (P2M2, P6M2, P10M2)

M2 à P2 : C'est important d'en parler. Pour la fibromyalgie, vous pouvez vous faire aider par le Centre Anti-Douleur également. (...)

3.3.8.2 *Se montrer disponible*

- **A la fin de la consultation, les praticiens ont exprimé leur disponibilité pour en reparler :** (P1M2, P2M1, P2M2, P3M1, P3M2, P4M1, P5M1, P5M2, P6M1, P7M1, P8M2, P9M1, P10M1, P11M1, P11M2, P12M1)

M2 à P5 : Je vous laisse y réfléchir, nous sommes à disposition, peut-être par rapport à la situation actuelle, à la situation passée (...). Nous sommes disponibles.

- **Ou ont proposé de se revoir lors d'un autre rendez-vous qui était fixé en fin de consultation :** (P3M2, P6M1, P11M1)

M1 à P6 : Ensuite, on pourra, si vous voulez on peut se revoir la semaine prochaine pour en discuter voir un petit peu si voilà... comment on peut vous aider pour vous apaiser ? [...] On va bloquer d'ores et déjà le rendez-vous, je vais bloquer deux rendez-vous comme ça on aura le temps de discuter tranquillement. D'accord ? Ça vous convient comme ça ?

4 DISCUSSION

4.1 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

4.1.1 Pertinence de la méthode et originalité des résultats :

Le choix d'une méthode qualitative paraissait la méthode la plus adaptée pour recueillir des données relationnelles et conversationnelles entre le médecin et le patient (58). Notre but n'était pas de quantifier les violences en médecine générale mais de mettre en évidence les comportements des protagonistes facilitant la révélation d'un vécu traumatisant. Le choix d'analyser des enregistrements de consultations, peu utilisé dans les recherches qualitatives en médecine, apporte pourtant un matériel très riche pour l'étude des comportements et réactions des médecins et des patients, mais aussi des relations entre eux.

La plupart des études existantes s'intéressent aux violences actuelles dans le couple ou aux agressions sexuelles récentes envers les femmes. La singularité de ce travail est apportée par le fait de s'intéresser au dépistage des violences actuelles et anciennes, mais surtout concernant tous les types de violences.

L'originalité des résultats de la question principale de l'étude tient en plusieurs points. Tout d'abord dans l'adaptation du médecin au rythme du patient, en respectant le temps de narration, les silences, sans insister. Le fait de pouvoir poser la question directement, et parfois par l'utilisation de phrases affirmatives était novateur, tout comme le fait d'utiliser les symptômes et comportements présentés par le patient pour faire le lien avec des violences subies. Enfin, les questions concrètes, utilisant des mots simples, étaient extrêmement performantes pour diagnostiquer ces violences. La question « Est-ce que quelqu'un vous a fait du mal ? » était particulièrement efficace et facile à intégrer au sein de l'interrogatoire.

4.1.2 Recherche de validité interne

La validité interne de cette étude a été recherchée par la triangulation des données. Le codage des fragments a été effectué à deux reprises, par deux investigatrices (les auteures des deux thèses). Cette technique a permis de comparer et d'enrichir les résultats.

Une grande quantité de catégories a été générée au cours du codage. L'utilisation du logiciel RQDA a facilité cette étape de codage de données, en permettant dans un premier temps un codage linéaire puis l'organisation des catégories en thèmes et sous thèmes.

4.1.3 Recherche de validité externe :

La saturation des données semble avoir été atteinte selon les deux investigatrices. Cependant, cette notion reste subjective, la relations entre deux personnes offrant de nombreuses possibilités d'interactions et de modes de communication.

Notre échantillon est suffisamment diversifié, tant dans le type de violences retrouvées, que dans les caractéristiques des patients interrogés, pour répondre à notre problématique. La quasi-totalité des âges et des catégories socio-professionnelles sont représentés. Il existe une asymétrie de genre avec 6 hommes pour 19 femmes. Cependant

ces données sont en concordance avec les chiffres connus concernant les violences sexuelles dans l'enfance qui concernent 1 fille sur 5 pour 1 garçon sur 13 (65) et les violences conjugales dont 88% des victimes sont des femmes (20).

Les différents lieux de remplacement des médecins enquêteurs ont permis de toucher des populations à la fois rurales, semi rurales et de ville, représentatives des différents modes d'exercices possible en médecine générale.

Enfin, les résultats de l'étude sont cohérents avec les données de la littérature comme nous le verrons dans la suite de cette discussion, ce qui vient renforcer sa validité externe.

4.1.4 Biais de sélection

Il s'agit du biais lié à la méthode utilisée pour inclure les participants dans l'étude.

Le fait que les participants aient conscience de l'enregistrement ainsi que du sujet de l'étude, a pu constituer un biais de sélection. On remarque un recrutement de cas de violences majoritairement anciennes (seulement deux cas de violences psychiques actuelles avérées, un cas fortement soupçonné). Les investigatrices ayant noté avoir effectué plus de dépistage de violences actuelles lors des journées non enregistrées, l'hypothèse est faite que l'enregistrement a pu être un facteur limitant la libération de la parole, concernant des situations de violences en cours ou récentes.

Le médecin 3, seule médecin installée de l'étude, a inclus moins de patients dans l'étude : seulement deux, contrairement aux 12 patients du médecin 1 et 11 patients du médecin 2. Cela s'explique d'une part par le nombre de consultation enregistrées globalement moins importants chez le médecin 3, mais surtout parce que ce médecin, formé depuis plus longtemps au repérage des violences avait déjà effectué ce repérage auprès de sa patientèle. Ceci est confirmé par le fait que les deux consultations incluses par ce médecin concernaient des nouvelles patientes, consultant pour une demande d'interruption volontaire de grossesse. L'échantillon ne comprenait donc pas les patients connus pour avoir subi des violences, dont le repérage avait déjà été effectué auparavant.

4.1.5 Biais de classement

Le biais de classement de cette étude serait lié au fait d'avoir su identifier ou non les patients « présentant ou ayant présenté une situation de violence » conformément aux critères d'inclusions.

L'enregistrement audio pose le problème de la modification du comportement des participants lorsqu'ils savent qu'ils sont enregistrés. Du point de vue du patient, la connaissance de l'enregistrement a pu décourager certains patients à se livrer, comme nous en avons émis l'hypothèse concernant les violences actuelles. A l'inverse, devant l'enthousiasme exprimé par certains patients par rapport au sujet de l'étude, on peut supposer que cela a pu aussi être un élément facilitant les révélations. En effet, l'information donnée d'une étude sur le sujet des violences a pu montrer l'intérêt du médecin porté à cette problématique, facilitant la mise en place d'une relation de confiance.

De plus, certains patients victimes de violences présentent une amnésie dissociative, estimée à 40% en cas de violences sexuelles (3). Ainsi quand le médecin les interroge sur d'éventuelles violences passées, ils ne peuvent apporter de réponse en ce sens, puisqu'ils n'ont pas conscience de ces traumatismes subis.

Enfin, les investigatrices ont eu la sensation qu'une humeur négative, la fatigue, le retard dans les consultations, ont pu avoir un rôle sur le recueil des informations. Ces états affectifs ont pu influencer leur capacité à repérer les situations de violences.

4.1.6 Biais d'interprétation

Les investigatrices avaient des profils variés au sein des cabinets médicaux respectifs, mais il s'agissait de trois femmes, ayant reçu la même formation concernant le repérage des violences, ce qui a pu influencer les résultats. Elles auraient pu avoir tendance à privilégier les informations confirmant leurs connaissances et leurs pratiques habituelles. Il serait intéressant de confronter ces résultats à ceux obtenus par d'autres médecins, en particulier des médecins hommes, ou des médecins ayant une formation et une approche différente.

La dernière limite repose sur le recueil des résultats. La retranscription est par définition imparfaite. Il est impossible de capter l'ensemble des éléments verbaux et non verbaux. Il est difficile de transcrire les chevauchements, les intonations et mimiques par exemple. D'autant plus que du fait des contraintes professionnelles, les enregistrements n'ont pas toujours pu être retranscrits rapidement après la consultation, faisant perdre des données liées au non verbal. Ces données non verbales donnent pourtant des informations importantes qu'il serait intéressant d'étudier avec une méthodologie différente.

4.2 DISCUSSION DES RESULTATS.

4.2.1 Aborder les violences

Il existe peu de bibliographie sur la prise en charge des violences autres que les violences conjugales ou sexuelles. Dans le manuel clinique de l'OMS, *SOINS DE SANTE POUR LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES COMMIS PAR UN PARTENAIRE INTIME OU D'ACTES DE VIOLENCE SEXUELLE* (44), il est précisé : « *L'accent est ici mis sur la violence exercée par des hommes à l'encontre de femmes, mais, parmi les conseils donnés, beaucoup présentent un intérêt en cas de violence sexuelle à l'égard d'hommes et de garçons. Ils s'appliquent aussi à la violence infligée à des femmes par des membres de leur famille, comme leur belle mère ou leur père* ». Etant donné que dans les résultats de l'étude, la prise en charge par les médecins a été la même, quel que soit le type de violence rencontrée, nous considérerons que les recommandations de la littérature concernant les violences dans le couple sont généralisables.

4.2.1.1 *Mettre en place une relation de confiance, créer un espace de parole :*

Selon le Livret ANNA du MIPROF, créer un climat de confiance, d'écoute et de sécurité contribue à faire baisser l'angoisse de la victime, elle-même générée par les agressions ou les agresseurs (49).

Les conseils donnés par le manuel de l'OMS pour conduire la conversation, correspondent bien aux principaux résultats de l'étude (44) :

- « *Choisissez pour parler un endroit privé, où personne ne puisse vous entendre.*
- *Dans un premier temps, encouragez-la à parler et montrez que vous écoutez.*
- *Encouragez-la à poursuivre si elle le désire, mais ne la forcez pas à parler.*
- *Autorisez les silences.*
- *Si la patiente se met à pleurer, donnez-lui le temps de se remettre. »*

➤ **Tout d'abord par la mise en place d'un espace de communication adéquat.**

Les consultations médicales de l'étude se déroulaient dans des cabinets médicaux insonorisés, portes fermées, afin de garantir la confidentialité des propos, comme cela est fait habituellement en médecine générale. Cette confidentialité, ainsi que l'assurance du maintien du secret médical sont les principales attentes des personnes pour se livrer (66).

Trois consultations avaient lieu en présence d'un tiers. Dans l'une d'elle, le médecin faisait sortir le tiers. La consultation P8M1 aurait mérité d'être poursuivie sans le conjoint, puisque comme l'a noté le médecin sur le questionnaire de fin de consultation, la patiente a été revue peu de temps après, et a révélé des violences conjugales.

En effet, la démarche de questionnement doit se faire en privé, sans personne d'autre, dans un environnement sécurisant. Il est essentiel que lors de cet entretien le conjoint ou les enfants de plus de 3 ans ne soient pas présents (22). L'OMS préconise même de se méfier de la présence d'une autre femme, celle-ci pouvant être la mère ou la sœur d'un agresseur (44).

S'agissant d'un travail qualitatif d'ordre plutôt communicationnel et relationnel, il n'était pas évoqué la présence ou non de brochures ou affiches sur le sujet, dans les différents lieux d'enregistrements. La présence de ces informations écrites sur la violence est souhaitable dans les structures de soins de santé sous forme d'affiches, de brochures ou de dépliants. Ces supports sont un signal de l'attention portée à la problématique par le praticien (51)(22).

➤ **Une fois ces prérequis établis, base d'une relation de confiance, venait le temps de l'écoute empathique.**

Les médecins prenaient le temps nécessaire à cette écoute puisque la durée moyenne des consultations étudiées était de 32 minutes alors que la durée de consultation moyenne du médecin généraliste est de 16 minutes. Les analyses de la DRESS sur les durées de consultation montrent cependant une grande variabilité de la durée des séances : 25% de consultations de plus de 20 minutes, dont 5% de plus de 30 minutes. Les consultations les plus longues concernent les plus souvent les problèmes psychiatriques et psychologiques. Ces

consultations, bien qu'elles soient plus longues s'intègrent parfaitement à une pratique de médecine générale, ou le praticien est habitué à gérer cette variabilité, en fonction des motifs de consultation, comme cela est le cas dans notre étude (67).

Dans une étude conduite en 2003 aux Pays-Bas, 36 femmes qui venaient de dévoiler des violences conjugales à leur médecin ont été interviewées sur les circonstances de ce dévoilement. La plupart de ces femmes consultaient pour une plainte médicale autre, et seulement trois femmes avaient prévu de parler des violences qu'elles subissaient. Pour la plupart d'entre elles, le plus important était de pouvoir parler de ces violences subies à un professionnel et 25 patientes appréciaient particulièrement l'attitude empathique et valorisante du médecin. Malgré le bouleversement émotionnel lié à ces questions, toutes les femmes, sans exception, ont souligné qu'il était important que le médecin ait posé ces questions afin qu'elles n'aient plus besoin de le cacher (68).

Diverses stratégies de communication étaient utilisées par les médecins de l'étude, reconnues pour favoriser cette écoute empathique :

- Le silence : il est une forme d'encouragement à continuer, surtout s'il est accompagné de signes non verbaux adéquats (regards, postures), il exprime une volonté du praticien de continuer à écouter. Un silence long, dans un moment délicat, où les émotions sont fortes invitent le patient à continuer à exprimer ses souffrances ou ses difficultés, à développer un sujet (69). Dans notre étude, les pauses sont des moments clés, qui permettent également de ne pas brusquer le patient, de lui laisser le temps de formuler, de rassembler ses pensées.
- Les phrases facilitatrices : elles sont des moyens techniques qui favorisent la participation du patient, en constituant une invitation à développer, à donner des détails, à apporter des précisions. Ils peuvent prendre plusieurs formes : sourire, hochement de tête, interjections : « Hum », « D'accord », phrases simples : « Je vous écoute » (69).
- La reformulation est l'une des clés de l'écoute active : il s'agit de la restitution par le soignant au patient de ses dires, soit avec les mêmes mots, soit en exprimant les idées entendues avec ses propres mots. Le but est de montrer au patient qu'on l'écoute attentivement, mais permet aussi au patient d'entendre avec distance ce dont il a fait part au soignant. Dans le cas des violences subies, où les patients minimisent, banalisent leur vécu, ou même n'en ont pas conscience, c'est une forme de reconnaissance de ce vécu douloureux. Plusieurs techniques de reformulation sont utilisées ici :
 - Faire écho aux propos du patient, ce que nous appelons « reprendre les mêmes mots » : il s'agit d'encourager son interlocuteur à poursuivre, en répétant un ou deux mots de ses dernières paroles (69).
 - Le reflet, en nommant avec nos propres mots : comme par exemple en nommant les faits évoqués, les émotions reconnues.
 - La clarification : il s'agit de reformuler en allant au-delà de ce qui a été dit, en utilisant ce qui a été compris pour en proposer une interprétation.

Ces stratégies, utilisées par les médecins de l'étude sont les procédés de l'écoute active, de l'approche centrée sur le patient et sont également repris dans les tâches « recueil de l'information » et « construction de la relation » de l'approche Calgary Cambridge (64). Ils contribuent à la mise en place d'une relation de confiance, ou l'empathie du médecin est clairement manifestée au patient.

4.2.1.2 *Aborder les violences :*

D'une façon générale, les patientes sont plus enclines à révéler des situations de violences si le sujet est abordé par leur médecin (36).

➤ **Repérer et réagir aux phrases d'appel.**

Dans notre étude, bon nombre des révélations de violences se sont faites grâce à l'attention du médecin portée à certaines phrases utilisées par le patient, à certains contextes auxquels il réagissait, demandait des précisions, permettant d'approfondir le sujet.

Ces phrases pourraient être considérées comme une perche tendue au médecin, un indice donné par le patient, de manière consciente ou non, pour aborder un sujet. Une manière de tester l'intérêt du praticien, sa capacité à discuter de certains sujets. Ainsi, pour être empathique, il faut savoir prêter attention aux indices, car la plupart des patients expriment leurs émotions indirectement (70). Cela suppose une écoute attentive et une réactivité importante, car ces phrases ne se présentent souvent qu'une seule fois.

Cela suppose également de savoir interpréter les paroles des patients, à l'image de l'exemple donné de P11M1 qui utilise les termes suivants : « *Il est instable dans sa tête.* » « *Si, on va dire que dès fois c'était pas top.* » « *Euh... d'un seul coup il va être bien, d'un seul coup il est immature on dirait un enfant.* » « *Il a deux faces cachées.* » Ces phrases, surtout mises bout à bout reflètent bien les comportements typiques de l'emprise : les faces cachées des agresseurs qui apparaissent comme l'homme parfait aux yeux de l'entourage de la victime, le jeu du chaud et du froid, l'alternance de comportements contradictoires. Sans une bonne connaissance de ces mécanismes, les praticiens peuvent passer complètement à côté d'une situation de maltraitance psychique, dont la patiente elle-même n'a pas conscience, une véritable perte de chance pour comprendre le phénomène et envisager de s'en extraire.

De plus, selon les cultures et les communautés, les mots employés ne sont pas les mêmes, il est donc important d'être attentif à la manière de formuler de l'interlocuteur. « *Il se peut que certaines femmes n'aiment pas les mots « violence » et « maltraitance ». Les cultures et les communautés ont des moyens d'évoquer le problème avec d'autres mots* (51). »

Cette attention toute particulière portée au discours, pour savoir saisir les opportunités offertes par l'interlocuteur d'en révéler plus, n'est pourtant pas évoqué dans les divers guides et recommandations. Elle nécessite une bonne connaissance des mécanismes des violences afin de pouvoir en détecter les signaux d'alertes, que les patients eux-mêmes ne voient pas.

➤ Utiliser le contexte évocateur

La connaissance par les médecins de l'étude, des signes cliniques évocateurs de violence et des facteurs de risque, leur permettait de rebondir lorsqu'un de ces facteurs se présentait. Ils en profitaient alors pour approfondir le sujet, ce qui permettait d'aborder les violences. Ceci est en parfaite adéquation avec les recommandations de la SSMG belge : être attentif et prendre en compte, pendant les consultations, la présence et l'accumulation de facteurs de risque (22).

Dans l'étude, étaient principalement utilisés pour questionner le patient : les difficultés dans le couple, les addictions du patient, de sa famille ou du conjoint, les difficultés professionnelles, certains symptômes physiques évocateurs (ici plutôt les syndromes douloureux chronique tels que l'algoneurodystrophie, la fibromyalgie).

Ces symptômes physiques et comportementaux évocateurs de violence sont listés dans la partie « Introduction » de cette thèse et plus détaillés dans la thèse « Identifier les symptômes et comportements permettant le repérage des violences interpersonnelles », qui constitue la première partie de ce travail.

Concernant les facteurs de risque de violence, en recoupant l'ensemble des ressources à disposition, on pourrait proposer cette liste, où l'accumulation de facteurs constituerait un signal d'alerte pour le praticien (1)(14)(17)(21)(22).

Tableau 4 : Facteurs de risque de violences selon les données bibliographiques.

Concernant le patient :	- Antécédents de maltraitance dans son enfance ; - Age jeune ; - Etudiantes, sans emploi ; - Personnes élevées en institution ; - Immigrés ; - Maladies de longue durée, handicaps ; - Problèmes de santé mentale ; - Grossesse ; - Addictions ; - Patiente tantôt craintive et apathique, tantôt irritée et agressive, qui sursaute au moindre bruit, à la moindre stimulation ; - Déclarations confuses ou incohérentes ; - Consultations multiples.
Concernant le conjoint ou les agresseurs :	- Antécédents de maltraitance dans son enfance ; - Addictions ; - Sans emploi ; - Homme trop prévenant, qui répond à la place de sa femme ou lui suggère ses réponses, la contrôle par des expressions du visage ou des attitudes intimidantes.

Le comportement du couple (concernant les violences conjugales) :	- Séparation récente, instance de divorce, ou instabilité du couple ; - État de précarité du ménage.
---	---

Toutefois le CNGOF rappelle qu'il n'y a pas de profil type, que toutes les catégories sociales sont concernées, qu'il faut donc savoir y penser même en l'absence de facteurs de risques (17).

➤ **Faire le lien entre les symptômes et le traumatisme :**

Ce lien effectué par le médecin est un aspect indispensable de la prise en charge des patients victimes de violence : enfin ils peuvent comprendre leurs symptômes, leurs comportements, les normaliser, se rendre compte qu'ils ne sont pas fous, mais seulement victimes (71). Il est habituellement établi après la révélation des violences. Dans les résultats de notre étude, ce lien était parfois effectué en amont de la révélation, permettant justement d'aborder le sujet, de manière indirecte, puis la libération de la parole. Cette façon de procéder est nouvelle.

Plusieurs techniques étaient utilisées :

- Questionner sur le possible lien des symptômes avec le stress et l'anxiété, que le patient reconnaissait. Puis questionner sur l'origine de ce stress, pour aboutir à la révélation des violences subies.
- Rechercher la date de début des symptômes actuels, et l'évènement traumatique correspondant à cette date. Ce procédé, souvent utilisé par les médecins était très efficace pour aboutir rapidement à un repérage de violence.
- Demander si la situation telle qu'elle était vécue actuellement (souvent des syndromes dépressifs, burn-out) pouvait faire écho à une situation plus ancienne. Les médecins recherchaient alors une réactivation des conséquences d'un traumatisme plus ancien, telle que décrite par le phénomène de mémoire traumatique.
- Aborder le sujet en questionnant sur un éventuel travail psychologique en cours ou passé. Cela admet implicitement que les symptômes présentés par le patient seraient la conséquence d'une souffrance psychologique. Si un travail avait été effectué, le médecin pouvait demander alors pourquoi il avait été entamé, l'occasion pour le patient d'expliquer les traumatismes vécus. Si un travail n'avait pas été fait, le simple fait de poser la question permettait au patient de se livrer. Parfois, le patient expliquait qu'un tel suivi lui faisait peur, le médecin pouvait alors lui demander pourquoi, ou s'il y avait des éléments de vie difficiles à évoquer.

Etablir ce lien, ouvre une nouvelle perspective au patient, lui permet de se sentir écouté et compris, ce qui peut l'inciter à se livrer plus sur son histoire de vie. De plus, la mise en évidence de ce lien est à la fois libératrice, et constitue un premier pas vers une prise en charge adaptée, puisqu'elle va permettre au professionnel de santé de le normaliser, et de proposer un suivi adapté. Cette porte d'entrée pour aborder les violences a été utilisée dans 14 consultations sur 25 soit plus de la moitié. Il n'a pourtant pas été retrouvé de préconisations

en ce sens dans les diverses recommandations existantes concernant le dépistage des violences.

➤ **Partir d'une situation en général ou parler du vécu d'autres patients.**

Selon l'OMS, pour amener le sujet, des remarques généralistes peuvent être formulées (44) : « *Beaucoup de femmes rencontrent des problèmes avec leur mari ou leur partenaire, ou quelqu'un d'autre avec qui elles vivent* » ; « *J'ai vu des femmes avec des problèmes comme les vôtres qui traversent des difficultés à la maison.* »

Une revue de littérature américaine sur le dépistage des violences conjugales et les interventions des médecins préconise également d'aborder le sujet par une déclaration générale sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes, suivie d'une question ouverte adressée à la patiente. Un exemple est proposé : « *La violence à l'égard des femmes étant une pratique courante dans notre société, je demande à toutes mes patientes de parler de la violence dans leur vie. Vous sentez-vous en sécurité dans votre relation actuelle ?* » (72).

Ce procédé était également utilisé par les médecins de notre étude afin d'aborder le sujet des violences. Il était souvent suivi par d'autres questions progressivement plus précises, ce que nous appellerons le questionnement en entonnoir.

➤ **Questionnement en entonnoir.**

Cette démarche diagnostique progressive, en entonnoir, est soutenue par la SSMG belge (22). Elle consiste à interroger à partir de questions ouvertes, avec des portes d'entrée diverses, adaptées au contexte, par exemple sur la vie à la maison, jusqu'à questionner sur des actes concrets de violences sous ses différentes formes. Le questionnement progressif, même lorsque la violence n'est pas reconnue, favorise la révélation lors de la consultation ou ultérieurement et ouvre la porte à une aide éventuelle. La Haute Autorité de Santé propose également de s'appuyer sur des questions ouvertes : demander au patient si tout va bien ou s'il se sent en sécurité et valorisé dans la relation avec son conjoint (1). L'OMS utilisera plutôt des remarques généralistes telles que citées plus haut (44).

Dans notre étude, ces questions étaient effectivement adaptées au contexte, partant de questions larges sur le moral, sur les vacances en famille, sur la relation dans le couple, ou des remarques généralistes. Elles étaient suivies de questions plus resserrées sur la relation entre deux personnes, « *Il/elle est difficile ou compliqué ?* », puis de questions plus concrètes, utilisant des mots simples, citées plus bas dans cette discussion.

➤ **Questionnement direct :**

Autre proposition nouvelle résultant de l'étude : aborder la question directement, sans introduction préalable. Une fois la relation de confiance établie, les investigatrices profitaient d'un moment de pause dans la consultation, d'une transition, par exemple le retour au bureau de consultation après l'examen ou après une interruption téléphonique, pour poser la question franchement et sans détour. Ce moyen était très efficace pour provoquer la libération de la parole. Etant donné qu'il n'y a pas de données dans la littérature en ce sens, l'explication proposée par les auteures est que le patient ne s'y attend pas, mais perçoit que

le médecin a compris l'ensemble de la situation. L'effet de sidération produit par cette question ne lui laisse pas d'autre choix que de parler.

4.2.1.3 *Poser la question :*

➤ **3 questions principales.**

La question « *On vous a fait du mal ?* » était la plus utilisée dans ces travaux, dans un peu plus d'un tiers des consultations avec un résultat très efficace pour libérer la parole. Elle est d'ailleurs proposée dans le guide du MIPROF (49), et reprise par les recommandations de la HAS (1) : « *Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ?* »

Plusieurs explications sont avancées :

Tout d'abord, la question n'est pas sélective sur le type de violence subies, ni sur la période de la vie du patient concernée. Le patient peut répondre selon son ressenti personnel face à une situation vécue, qu'elle soit récente ou ancienne. Ainsi il peut répondre en exprimant des situations de violence, mais aussi en évoquant d'autres situations qu'il aurait vécues ou ressenties comme traumatisantes, par exemple un accident de voiture, la tentative de suicide d'un proche.

De plus, certaines situations ne sont pas identifiées comme violentes par le patient. Une étude concernant la prévalence des abus auprès de 276 étudiants en médecine au Japon, montrait une prévalence de 68 % de maltraitance, mais seulement 8% avaient fait un signalement auprès des autorités. 29,3% ont évoqué comme raison de ne pas avoir porté plainte le fait de ne pas avoir reconnu l'expérience comme un abus au moment des faits (73). Les auteurs de la thèse *VIOLENCES SEXUELLES AU COURS DE ETUDES DE MEDECINE : ENQUETE DE PREVALENCE CHEZ LES EXTERNES D'ILES DE FRANCE* sont partis de l'hypothèse que les enquêtes dans lesquelles on demande aux participants de répondre à la question « Avez-vous déjà été victime de violences sexuelles ? » risquent de passer à côté d'un nombre important de victimes réelles si elles ne s'identifient pas comme telles. Il a donc été proposé une enquête de prévalence à partir de dessins, représentant des situations d'agressions ou de harcèlement sexuel. Les résultats rapportaient 29.8% de victimes de violences sexuelles, une prévalence nettement supérieure aux données connues en France qui pouvait s'expliquer par le recours au dessin. Il était également demandé aux étudiants de caractériser l'aspect répréhensible ou non des quatre situations illustrées : environ quatre étudiants sur cinq commettaient au moins une erreur dans la caractérisation de ces situations, principalement dans le sens d'une sous-estimation du caractère illégal. Ces chiffres indiquent que les externes manquent de repères, pour porter un jugement sur les situations de violences sexuelles qu'ils peuvent vivre (74). Ce qui est probablement le cas de nombreuses victimes de violences.

C'est aussi l'intérêt des questions « Il est difficile ? » « Il est compliqué ? ». Ces questions sont intéressantes puisqu'elles sont larges dans les comportements qu'elles peuvent représenter. Elles ne sont pourtant proposées dans aucune des recommandations citées dans ce travail. Suivies de questions plus concrètes sur les comportements de l'agresseur, elles permettent la mise en évidence d'une situation de violence sans en utiliser les termes. C'est d'autant plus important quand il s'agit de violences d'ordre psychologique,

encore très peu connues du grand public. Les personnes victimes de violences ont tendance à minimiser, banaliser les faits, elles sont prises dans un mécanisme de dissociation traumatique qui leur enlève toute capacité d'analyse de la situation telle qu'elle est ou qu'elle a pu être (75). Ainsi, les termes de « violences », « abus » ou « agression » n'étaient jamais utilisés en première intention par les médecins de l'étude. Leur utilisation se limitait à faire préciser ce qui venait d'être évoqué ou à reformuler. Ceci est plutôt en accord avec les recommandations où ces termes sont peu préconisés, sauf par les organismes français comme la HAS « Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ? » et le guide du MIPROF « Avez-vous déjà subi des violences dans votre vie ? » (1) (49).

➤ **Puis des question précises et concrètes**

L'OMS recommande l'utilisation de questions simples et directes, concernant des menaces, blessures, des insultes, de la brutalité, le contrôle de l'argent ou des sorties, les rapports sexuels forcés.

Dans la revue de littérature *INTIMATE PARTNER VIOLENCE : A CLINICAL REVIEW OF SCREENING AND INTERVENTION* on retrouve cette notion de demande d'information directe et concrète, jugée acceptable par les patientes, et efficace pour le dépistage. Avec pour exemple : « Votre partenaire vous frappe-t-elle/il, vous menace-t-elle/il ou tente-t-elle/il de vous contrôler ? ».

Notre étude est complètement en accord avec cette manière franche et directe de poser des questions, en utilisant des mots simples décrivant des comportements précis. Cela suppose une connaissance approfondie des violences psychiques et du cycle de la violence. Les principales questions posées dans cette étude concernent :

- Les comportements de l'agresseur : jalousie, contrôle (des sorties, du téléphone, de l'argent du foyer), ambivalence et comportements imprévisibles, volonté de domination, personnalité colérique, cris, insultes, isolement de la victime par rapport à sa famille et ses amis ;
- Les violences physiques en utilisant les termes « gestes », « frapper », « taper » ;
- Le sentiment de peur ressenti par la victime.

➤ **Séries de questions en escalade.**

Le fait d'enchaîner ces questions précises, parfois même en escalade c'est-à-dire en augmentant progressivement le niveau de violence au fur et à mesure des questions, a plusieurs effets :

- Il permet au patient de se rendre compte que mis bout en bout, l'ensemble de ces comportements ne sont pas normaux. L'objectif est éducatif puisqu'il y a dénonciation, les unes à la suite des autres, des stratégies de l'agresseur ;
- Le patient va se sentir entendu, car le médecin lui renvoie ce qu'il sait : il connaît les mécanismes dont il est victime, il les décrit tels qu'ils sont vécus ;

- Enfin cela renvoie au patient l'idée qu'il n'est pas seul à vivre cette situation, que cela fait partie d'un mécanisme dont d'autres personnes sont victimes et dont il est possible de sortir.

➤ **Utilisation de phrases affirmatives.**

Une autre idée nouvelle émerge des résultats de cette étude : l'utilisation de phrases affirmatives, sans utiliser le questionnement. A l'image des questions posées directement, elles montrent que le médecin n'est pas dupe, il a compris la situation, parce que c'est une situation qui ressemble à beaucoup d'autres. Ces phrases ont pour objectif de dédramatiser, de normaliser pour éviter la honte. Le patient comprend alors qu'il est face à quelqu'un qui peut l'écouter. Cette technique serait intéressante à confronter à celle du questionnement, dans une autre étude qualitative, afin d'en comprendre mieux l'efficacité, et la façon dont ces affirmations sont perçues par l'interlocuteur.

Ainsi, en regroupant les principales questions des différents organismes et acteurs engagés dans le repérage des violences, confrontés à nos résultats et à leur applicabilité en médecine générale, nous pourrions proposer un résumé concret des questions à poser en consultation, ci-dessous. Toutefois, comme il est rappelé dans le guide du Kit ANNA du MIPROF : « *La meilleure des questions est celle que l'on se sent capable de poser.* »

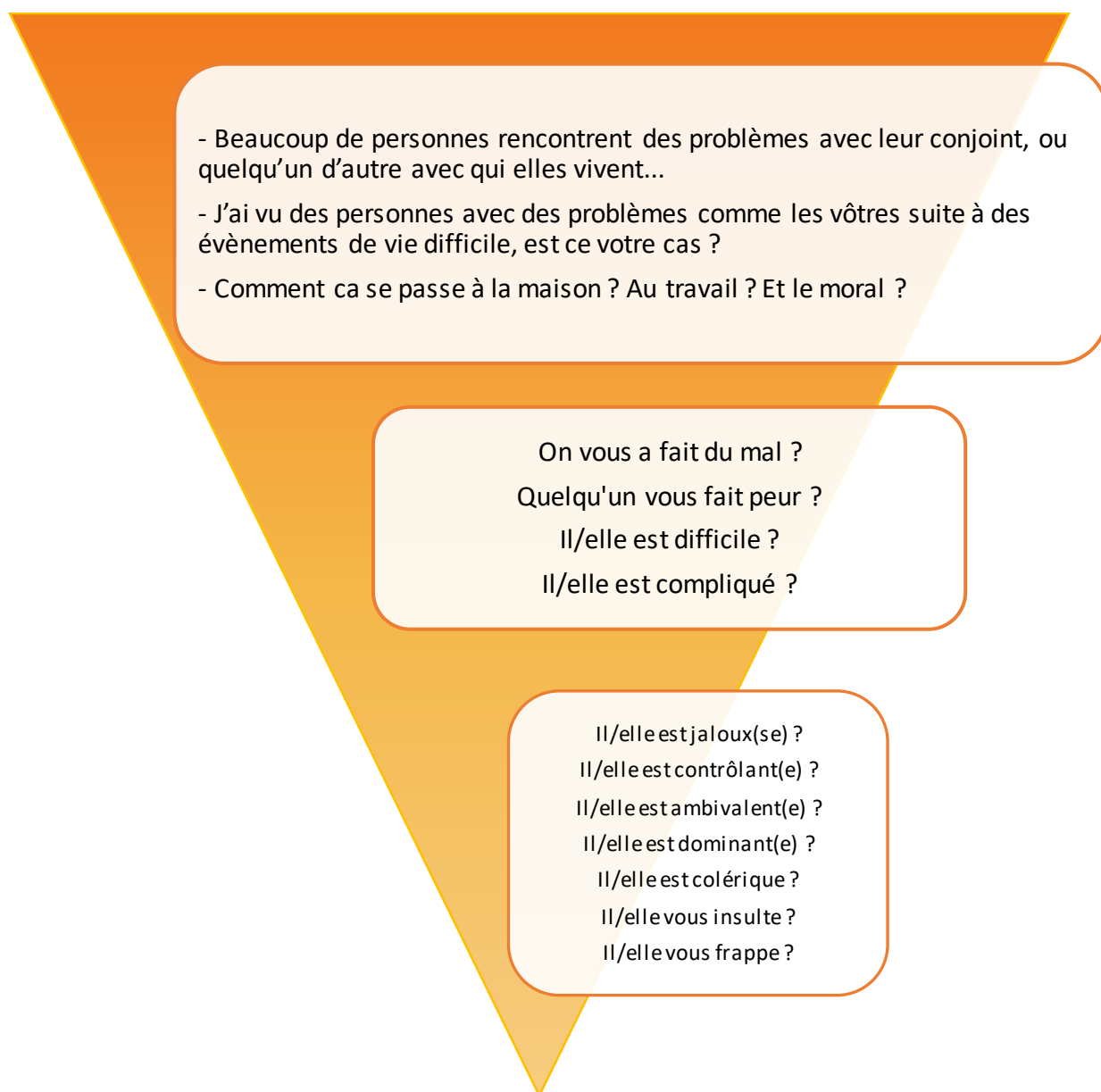


Figure 3 : Résumé des questions concrètes à poser, à partir de l'étude et de la bibliographie.

4.2.1.4 *Ne pas lâcher :*

La dernière spécificité de nos résultats tient de la persévérance des praticiennes dans leur questionnement.

Tout d'abord, quand des violences étaient dépistées, elles poursuivaient le questionnement à la recherche d'un autre type de violences subies. En effet, nos résultats montrent que près de la moitié des patients enregistrés avaient vécus plus de deux types de violences différentes au cours de leur vie. Rappelons que selon l'enquête ENVEFF, une femme sur deux ayant subi des sévices et des coups répétés dans son enfance a été victime de violences physiques après l'âge de 18 ans et 1 femme sur 3 victime de violences conjugales (76). Le médecin se doit alors de ne pas se satisfaire d'une réponse, qui cache peut-être un traumatisme encore plus grand.

Ensuite, quand le médecin était persuadé, à travers les comportements, symptômes, facteurs de risque identifiés, que son patient était victime de violence, il n'abandonnait pas à la première réponse négative obtenue. La démarche était faite d'impasses jusqu'à temps d'arriver sur le bon chemin, en abordant la question différemment, à différents moments de la consultation, toujours avec bienveillance et en respectant le timing du patient. Cela peut donner l'impression d'insister ou de forcer, mais cela permettait surtout au patient de voir que le sujet intéresse, qu'il a de l'importance pour son médecin, que celui-ci a les compétences pour l'écouter. Bien sûr, parfois le questionnement n'aboutissait pas à un repérage de violence : soit parce qu'il n'y en avait pas, soit parce que les patients n'avaient pas souhaité en parler pour l'instant. Toutefois le message est passé : le médecin est disposé à en parler si besoin. L'avantage de la médecine générale est la possibilité d'interagir dans la durée, sur plusieurs consultations, et l'on peut comprendre que du temps soit nécessaire pour construire une relation digne d'accueillir de telles révélations.

Cet aspect de persévérance du médecin n'est pas retrouvé dans les ressources à notre disposition, bien que l'OMS et la revue de littérature américaine sur le dépistage des violences conjugales se posent la question : que faire si des violences sont soupçonnées, mais que la patiente n'en parle pas ? Il est alors proposé :

- Ne la pressez pas. Donnez-lui le temps de décider ce qu'elle veut vous dire ;
- Indiquez-lui les services existants au cas où elle déciderait d'y avoir recours ;
- Communiquez-lui des informations sur les effets de la violence sur la santé des femmes et de leurs enfants ;
- Proposez-lui une visite de contrôle (44) ;
- Laissez la porte ouverte à de futures discussions en informant directement le patient de ses préoccupations sans jugement. Par exemple : « *Je crains que quelque chose ne se passe à la maison et j'aimerais vérifier avec vous dans quelques mois* » ou « *Je crains que votre type de blessure ne corresponde pas au scénario que vous avez décrit et j'aimerais vous revoir bientôt.* » ;
- Être conscient de la honte, du déni, de la peur des répercussions (physiques et financières) ou des préoccupations concernant la confidentialité (72).

Enfin, cette même revue rappelle que même en l'absence de violences dépistées ou de soupçons, la situation peut changer : une personne qui n'était pas victime pourrait le devenir. Le dépistage devrait donc être réeffectué régulièrement, au cours du suivi du patient, en particulier devant la présence de symptômes ou comportements inhabituels.

4.2.2 Après la révélation, que dire, que faire ? :

4.2.2.1 *L'écoute active : un prérequis indispensable.*

Pour l'OMS (51), la HAS (1), la SSMG belge (22), et comme nous l'avons vu précédemment, l'écoute active, le soutien et le non-jugement sont indispensables.

L'OMS propose cinq tâches simples dans l'appui de première ligne, en cas de violence exercée par un partenaire intime et d'agression sexuelle : Ecouter, S'informer, Valider, Améliorer la sécurité, Soutenir (44). *« L'écoute est la partie la plus importante d'une communication de qualité et la base de l'appui de première ligne. Elle implique davantage que d'écouter seulement le discours de la femme. Elle signifie : être conscient des sentiments derrière les mots, écouter à la fois ce que la femme dit et ce qu'elle ne dit pas, montrer que l'on comprend ce que la patiente ressent »*. Cette même recommandation fait des propositions pratiques par rapport à l'écoute, en adéquation avec les résultats de l'étude :

- *« Soyez calme et patient, ne la pressez pas de raconter son histoire ;*
- *Faites-lui savoir que vous écoutez ; par exemple, hochez la tête ou dites « hmm... » ;*
- *Admettez ce qu'elle ressent ;*
- *Laissez-la raconter son histoire à son rythme ;*
- *Autorisez les silences, donnez-lui le temps pour réfléchir. »*

Ce temps dédié à l'écoute, et à manifester sa compréhension et son empathie correspondait parfaitement aux attentes des femmes, d'après la méta-analyse de 25 études qualitatives réalisée sur ce sujet (66) : les femmes recherchaient des professionnels de la santé compatissants et sensibles. Elles voulaient qu'ils fassent preuve de compréhension vis-à-vis de la complexité de la situation, et de ses ramifications sociales et psychologiques. Il était important pour elles de ne pas précipiter la discussion, de pouvoir progresser à leur rythme et de ne pas se sentir obligées de quitter la relation ou de porter des accusations contre leur partenaire ou leur ex-partenaire.

En effet, l'agresseur fait taire sa victime, la persuade que personne ne la croira. Ainsi une écoute attentive et respectueuse, dans un climat de confiance, d'empathie et de sécurité, vient contre balancer ces stratégies de l'agresseur(49)(77).

Ainsi nos résultats sont concordants avec les recommandations et les attentes des patients.

4.2.2.2 *Reconnaitre et déculpabiliser :*

Dans une méta-analyse d'études qualitatives concernant les attentes et expériences des femmes victimes de violences conjugales face aux professionnels de santé, les femmes attachaient de l'importance au fait que le professionnel confirme que la violence qu'elles avaient subie était inacceptable et non méritée. Elles souhaitaient que le professionnel de santé conteste les fausses hypothèses avancées par certaines femmes victimes de violence (par exemple, que la violence était de leur faute) et espéraient qu'il renforcerait leur confiance (66).

Quatre-vingt-trois pour cent des victimes de violences sexuelles n'ont jamais été protégées ni reconnues (13). Cinquante-sept pour cent des femmes interrogées lors de l'enquête ENVEFF parlaient pour la première fois et certaines d'entre elles n'imaginaient pas que ce qu'elles subissaient était de la violence (7). C'était le cas pour quatre patients de l'étude qui en parlaient pour la première fois. L'agresseur, la société, les personnes non formées leur disent qu'elles s'écoutent trop, qu'elles ne devraient pas y penser, que tout est leur faute... Elles vivent une vie de solitude se sentant abandonnées, incomprises des autres et d'elles même. D'où l'importance de rétablir les faits : en nommant les violences, en prenant position, en condamnant, en déculpabilisant. Le médecin doit soutenir le discours en le reformulant, en accordant foi en la parole de la victime, sans minimiser, sans banaliser, sans juger (77).

Cette étape fait aussi partie des cinq tâches de *L'APPUI DE PREMIERE LIGNE EN CAS DE VIOLENCE EXERCEE PAR UN PARTENAIRE INTIME ET D'AGRESSION SEXUELLE* sus-cité, sous le terme « Validation ». Il s'agit de faire comprendre à la patiente que ses sentiments sont normaux, qu'elle peut les exprimer sans crainte et qu'elle a le droit de vivre sans violence et sans peur (44).

Ce tableau récapitule les phrases concrètes qu'il est préconisé de dire dans ces situations :

Tableau 5: Que dire aux patients après révélation de violences : récapitulatif des données bibliographiques.

OMS (44)	« Ce n'est pas votre faute. Vous n'êtes pas responsable » ; « Vous pouvez parler sans crainte » ; « Il existe de l'aide » ; « Ce qui s'est produit n'est pas justifiable ni excusable » ; « Personne ne mérite d'être frappé par son partenaire dans une relation » ; « Vous n'êtes pas la seule. Malheureusement, beaucoup d'autres femmes ont aussi été confrontées à ce problème » ; « Votre vie, votre santé, votre personne ont de la valeur » ; « Tout le monde mérite de se sentir en sécurité à la maison » ; « Je crains que cela puisse nuire à votre santé ».
Kit Anna du MIPROF (49)	« La loi interdit les violences » ; « Vous n'y êtes pour rien » ; « L'agresseur est le seul responsable » ; « Vous pouvez être aidée ».
SSMG belge (22) et recommandation HAS (1)	- Accueillir la révélation en respectant le rythme de la personne : « Vous n'êtes pas seule (d'autres sont dans le cas), vous n'êtes pas à critiquer, vos réactions sont une réponse normale à ce type de situation » ; - Indiquer clairement à la personne que la situation qu'elle vit n'est pas acceptable : « Tout le monde mérite de se sentir en sécurité chez soi » « Le comportement violent n'est pas acceptable, ce n'est pas de votre faute » « L'auteur peut être aidé s'il souhaite changer son comportement. La violence n'est jamais justifiée ».

Ces données concordent avec nos résultats, avec des formulations qui diffèrent légèrement. Ainsi, en prenant en compte nos résultats et les préconisations de ces instances, nous proposons de dire aux patients victimes de violences :

***« Je vous crois » ;
« Ce n'est pas votre faute » ;
« Vos réactions sont tout à fait normales » ;
« Rien ne justifie les violences » ;
« Il n'avait pas le droit, c'est puni par la loi » ;
« Vous pouvez être aidée ».***

Après ce temps d'écoute, de reconnaissance et de déculpabilisation, les médecins de l'étude évaluaient le retentissement psychique comme cela est également préconisé dans les recommandations de l'OMS (51) : *« Évaluez les problèmes de santé mentale. Ceux-ci comprennent les symptômes de stress aigu/de trouble de stress posttraumatique, la dépression, les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogue, les conduites suicidaires ou autodestructrices. »*

4.2.2.3 *Expliquer et informer :*

Face aux violences, les victimes peuvent être dans la banalisation, la minimisation, voire le déni. Parler avec elles des différentes formes de violences, du cycle de la violence ainsi que de l'impact négatif sur sa santé sont autant de leviers pour augmenter la prise de conscience de la gravité de la situation (22).

De plus, encore aujourd'hui, beaucoup de personnes pensent qu'une femme victime de violences conjugales est censée s'opposer, partir ou porter plainte. On lui demande de s'expliquer sur les phénomènes d'emprise qu'elle subit, alors que c'est elle qui aurait besoin d'être informée sur les mécanismes qui en sont à l'origine, pour qu'elle puisse comprendre ce qu'elle vit et y échapper. Les mécanismes à l'origine de l'emprise ne viennent pas de la victime mais des violences, ce sont des conséquences normales, contrairement à ce qui est souvent renvoyé à la victime (75). Des explications sur le phénomène d'emprise psychique, d'après Marie France Hirigoyen permettrait aux victimes de récupérer une capacité critique, rétablissant ainsi une symétrie dans la relation : *« L'emprise cesse quand la victime réalise que, si elle ne cède pas, l'autre n'a aucun pouvoir (7). »*

Contrairement aux recommandations de la HAS, les résultats de l'étude intégraient des explications sur le mécanisme de l'emprise, ce qui semble pertinent pour la prise de conscience de la victime. Prendre du recul sur la situation et analyser les stratégies de l'agresseur serait le premier pas pour se sortir de la situation en cours, ou pour accepter une aide extérieure quand il s'agit des conséquences des violences anciennes.

Cependant, les résultats de cette étude ne comprenaient pas d'explication sur le cycle de la violence, peut-être parce que les violences rencontrées étaient plutôt anciennes. Ces explications semblent importantes à intégrer au discours du professionnel de santé et à transmettre au patient victime de violences conjugales.

➤ **Comprendre le phénomène de mémoire traumatique et de dissociation traumatique...**

La reconnaissance des stratégies des agresseurs mais aussi de l'impact psycho-traumatique et des mécanismes neurobiologiques en jeu, sont essentiels pour la victime et pour toutes les personnes qui vont la prendre en charge et la soigner. La victime doit comprendre qu'elle est juste gravement traumatisée et dissociée, et qu'elle cherche à survivre aux violences en empêchant sa mémoire traumatique d'exploser. Cette compréhension lui permet de renouer avec son estime de soi, son sentiment de dignité, d'être moins vulnérable et de ne plus se sentir coupable. Elle lui permet de déjouer le pouvoir sidérant et dissociant de l'agresseur, de pouvoir mieux se défendre, de dénoncer les violences, et de ne plus être sous emprise (75).

De plus, dans l'étude, l'explication de ces mécanismes et la justification de ces comportements parfois paradoxaux étaient l'occasion d'expliquer le risque de récurrence, pour éviter de retomber dans ces situations.

Ainsi, comme préconisé dans le livret « ANNA » du MIPROF (49), les médecins de l'étude s'efforçaient d'expliquer ces mécanismes, en les rendant accessibles à la compréhension du patient. Il n'a pas été retrouvé de recommandations dans ce sens par la HAS ou la SSMG belge, alors qu'il semble pourtant important d'intégrer ces explications au discours du professionnel de santé, au vu de la littérature et de ces résultats.

➤ **...pour faire le lien avec les symptômes et comportements du patient.**

Les explications sur ces mécanismes de mémoire traumatiques et de dissociations permettent de mettre en lien les symptômes et comportements actuels avec les violences subies : *« Pour les victimes il est très libérateur d'apprendre que leurs symptômes, leur souffrance, leur mal-être, leurs troubles du comportement sont des conséquences des violences, et sont cohérents et normaux à la lumière des processus psycho-traumatiques. Soudain elles ont des clés qui leur permettent de comprendre ce qu'elles ressentent, d'expliquer des comportements qui sont en fait des stratégies de survie, et de pouvoir en sortir, de ne plus être piégées par certaines réminiscences de leur mémoire traumatique qui leur imposent une pseudo-réalité, et de pouvoir faire le tri entre ce qu'elles sont et ce qui les colonise. (75) »*

Dans le guide pratique de la SSMG, on propose de faire part de ses inquiétudes et de faire le lien avec les symptômes ou plaintes que la personne décrit à son propos ou chez l'enfant *« Votre état de santé me préoccupe. Vivre une situation de ce genre n'est pas sans conséquences sur sa santé et celle de ses enfants » (22).*

Dans notre étude, ce lien entre symptôme et vécu traumatique était fait pour 20 des 25 entretiens étudiés, ce qui permettait de limiter les prescriptions d'examen complémentaires et de proposer une prise en charge plus adaptée au patient, en tenant compte de son histoire personnelle. Après une phase de valorisation et d'encouragement, également évoquée dans le livret du MIPROF (49), le médecin pouvait alors aborder une prise en charge en adéquation avec le vécu traumatique du patient.

Ainsi, ces phases d'écoute active, de déculpabilisation, et d'explications sur les mécanismes à l'œuvre dans les psycho-traumatismes et dans le système agresseur ont deux buts : aider la victime à comprendre ce qui lui arrive, en normalisant ses réactions et symptômes, et démonter le système agresseur. Elle pourra alors mieux se défendre, éviter de se retrouver dans une situation similaire, et bénéficier d'une prise en charge psychologique adaptée.

Alice Miller, docteur en psychologie, l'une des premières à avoir décrit les conséquences à long terme des violences chez l'enfant, développe le concept de « témoin lucide », et de son rôle indispensable dans le processus de guérison. *« J'entends par là une personne qui connaît les répercussions du manque de soins et de la maltraitance dans les premières années. De ce fait, elle pourrait prêter assistance à ces êtres blessés, leur témoigner de l'empathie et les aider à mieux comprendre les sentiments, incompréhensibles pour les intéressés, de peur et d'impuissance issus de leur histoire. Et leur permettre ainsi de percevoir plus librement les options dont, aujourd'hui adultes, ils peuvent disposer. » « Avec l'aide d'un accompagnateur compétent, non pas neutre mais notre allié, il est possible de trouver sa vérité. Il est possible, grâce à ce travail de se délivrer de ses symptômes, de guérir de sa dépression et de découvrir la joie de vivre (78). »* Il revient donc aujourd'hui aux professionnels de santé de se saisir de ce rôle de témoin lucide pour accompagner leurs patients.

4.2.2.4 Orienter.

Dans toute la bibliographie utilisée dans ce chapitre, il est préconisé d'orienter les victimes vers des associations, vers le 3919, vers une prise en charge policière ou judiciaire ou vers les services sociaux. Ces orientations diffèrent dans nos résultats.

Ceux-ci proposaient plutôt une prise en charge psychologique, probablement du fait du caractère passé de la plupart des violences identifiées. Les patients étaient parfois orientés vers une structure telle que le CMP, le CSAPA, le Centre de Traitement de la Douleur, ou vers un hypnothérapeute connu du médecin 1. Le plus souvent, il leur était conseillé d'entamer un processus en psychothérapie sans les adresser à un thérapeute en particulier. Cela pourrait s'expliquer par une méconnaissance du réseau local, par les médecins remplaçants, et encore plus des professionnels spécialisés dans la prise en charge des psycho-traumatismes.

En effet, peu de psychothérapeutes qu'ils soient médecins, psychologues cliniciens ou autres, sont formés spécifiquement à la psycho-traumatologie et à la victimologie. Il faut en moyenne treize ans aux victimes pour trouver une prise en charge adaptée (3). Différentes techniques psychothérapeutiques peuvent être utilisées : psychothérapie dynamique, psychanalyse, thérapies systémiques, thérapies comportementales et cognitives (TCC), hypnose et EMDR, thérapies émotionnelles, thérapies corporelles, thérapie par le jeu pour les enfants, thérapies de groupe (71). Selon l'OMS, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ou l'EMDR (désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires), pratiquées par des professionnels des soins de santé ayant une bonne connaissance du problème de la violence à l'encontre des femmes, sont recommandées pour les femmes qui ne subissent plus d'actes de violence mais souffrent d'un état de stress post-traumatique (51).

Un espoir d'amélioration de ces prises en charge arrive, avec la création courant 2019 de dix unités de prise en charge globale et pluridisciplinaire du psycho-traumatisme, dont la plus proche au CHRU de Tours, et d'un Centre national de ressource et de résilience à Lille (79).

Tous les guides et recommandations mobilisés, s'accordent sur l'importance d'un suivi du patient par le médecin généraliste lui-même, ce qui est retrouvé dans nos résultats pour quasiment tous les entretiens. Malgré la difficulté du suivi lié à l'exercice en remplacement, les praticiens s'assuraient de montrer leur disponibilité et celle du médecin remplacé, et proposaient quand ils le pouvaient d'assurer eux même le suivi lors d'un autre rendez-vous.

Enfin et surtout, toutes les ressources bibliographiques utilisées s'accordent sur la nécessité pour les praticiens d'être formés, ou au moins sensibilisés à la problématique des violences, et particulièrement à l'abord du sujet en consultation.

Une proposition d'algorithme de prise en charge des personnes victimes de violences en consultation de médecine générale, réalisé à partir des résultats de l'étude et complété par les références bibliographiques, est proposée en Annexe 5.

5 CONCLUSION.

Il n'est plus acceptable aujourd'hui que les personnes victimes de violences ne soient pas reconnues, accompagnées et soignées. Le médecin doit participer à faire cesser le déni, les stéréotypes et la loi du silence, que notre société véhicule encore.

Cette étude montre que le repérage de ces violences est tout à fait intégrable dans une pratique de médecine générale. Les résultats ont fait émerger des techniques simples, basées sur des questions concrètes, en grande partie conformes aux recommandations existantes. Mais elle propose aussi des aspects nouveaux : l'efficacité des questions « Il/elle est compliqué(e) / difficile ? » « On vous a fait du mal ? », l'utilisation de phrases affirmatives, la mise en évidence d'un lien entre les symptômes et le vécu traumatique comme approche pour parler des violences. Elle apporte un regard nouveau sur la persévérance du médecin dans son questionnement, s'il est convaincu de l'existence d'une situation de violence, en abordant le sujet sous une autre angle, à un autre moment.

Une fois ces violences révélées, la prise en charge est avant tout basée sur l'écoute, sur la reconnaissance des faits, sur la déculpabilisation, puis sur une orientation vers des professionnels formés à la prise en charge des psycho-traumatismes.

Cette approche suppose une bonne connaissance des mécanismes des violences, de l'emprise, des mécanismes de dissociation et de mémoire traumatique. Une formation adressée aux médecins généralistes pourrait être proposée, à partir des résultats de cette étude et des recommandations des grandes instances. Elle comprendrait l'enseignement de ces mécanismes, l'identification des symptômes et comportements conséquences des violences vécues, puis l'apprentissage de techniques d'approches concrètes, à travers des questions simples et efficaces. Sensibilisés, les médecins pourraient alors mieux comprendre la souffrance des victimes, et intégrer ces approches à leur pratique quotidienne.

6 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
2. Lazimi G, Piet E, Casalis MF. Violences faites aux femmes et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. Fondation Gabriel Peri. sept 2011;(1):9-18.
3. Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles. 2ème édition. Malakoff: DUNOD; 2018.
4. OMS | Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. WHO. 2002 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/
5. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique [Internet]. Istanbul: Conseil de l'Europe; 2011 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/istanbul-convention/>
6. MIPROF. Les violences faites aux femmes : une urgence de santé publique. [Internet]. 2015. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/10_mars_2015_miprof_cnnse.pdf
7. Hirigoyen M-F. Femmes sous emprise. Paris: Oh ! Editions; 2006. 311 p.
8. Salmona M. Violences psychologiques [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-psychologiques.html?PHPSESSID=5p9c4q1k6qcc7hvovm7kbmout2>
9. Salmona M. Violences physiques [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-physiques.html>
10. Abuse and violence: working with our patients in general practice [Internet]. East Melbourne, Vic.: The Royal Australian College of General Practitioners; 2014 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/whitebook>
11. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/les-chiffres-de-reference-sur-les.html>
12. Viols et agressions sexuelles en France. Rev Prescrire. mars 2018;38(443):224-7.
13. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. [Internet]. Association Mémoire traumatique et Victimologie; 2015 mars. Disponible sur: <https://stopaudeni.com/rapport>

14. HCDH | Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. 1993 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
15. Les violences au sein du couple. Guide de l'action publique. Direction des Affaires criminelles et des Grâces.; 2011 nov.
16. Salmona M. Violences conjugales [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-conjugales.html>
17. Henrion R. Dépistage des violences faites aux femmes. In: Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique [Internet]. CNGOF; 2004. Disponible sur: http://www.cngof.fr/component/rsfiles/aperçu?path=Journées%20nationales/MAJ%20en%20GO/2004/Gynecologie%20obstetrique%20-%20Tome%20XXVIII/2004_Go_233_henrion.pdf
18. Jaspard M, Equipe ENVEFF. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Bulletin Mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques [Internet]. janv 2001;(364). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
19. INSEE. Atteintes psychologiques et agressions verbales entre conjoints. INSEE Première [Internet]. juill 2016 [cité 22 nov 2019];(1607). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019028>
20. MIPROF. Violences au sein du couple et violences sexuelles, La lettre de l'Observatoire des violences faites aux femmes numéro 13. [Internet]. 2018 [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/lettre-no13-violences-au-sein-du.html>
21. Henrion R, Ministère de la Santé. Les femmes victimes de violences conjugales - le rôle des professionnels de santé. [Internet]. 2001 févr. (Rapports officiels). Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>
22. Offermans A-M, Vanhalewyn M, Van der Schueren T, Roland M, Fauquert B, Kacenelenbogen N. Détection des violences conjugales. Guide de pratique clinique. [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/2012/01/VF_RBP_ViolencesConjugales.pdf
23. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
24. LOI n° 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires. 2019-721 juill 10, 2019.

25. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. mars 2016;137(3):e20154079.
26. 4 millions de victimes d'inceste [Internet]. 2015 [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <https://aivi.org/nos-actions/sondages/4-millions-de-victimes-d-inceste.html>
27. Harcèlement moral au travail [Internet]. [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2354>
28. Peze M. Le harcèlement moral, quête pour une définition. [Internet]. solidarité-santé.gouv. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/definitions.pdf>
29. Sixth European Working Conditions Survey – Overview report [Internet]. Eurofound. 2015 [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.eurofound.europa.eu/fr/publications/report/2016/working-conditions/sixth-european-working-conditions-survey-overview-report>
30. INRS. Harcèlement et violence interne. Conséquences pour les salariés et l'entreprise - Risques. [Internet]. [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/harcelements-violences-internes/consequences-salaries-entreprise.html>:
31. DGAFP. Guide de prévention et de traitement des situations de violences et de harcèlement dans la fonction publique | Portail de la Fonction publique [Internet]. 2017 [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/guide-de-prevention-et-de-traitement-des-situations-de-violences-et-de-harcelement-dans-la-fonction>
32. Harcèlement scolaire - Violences scolaires - Provocation au suicide [Internet]. Direction de l'information légale et administrative. [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31985>
33. Debarbieux E. Une enquête de victimation et climat scolaire auprès d'élèves du cycle 3 des écoles élémentaires. [Internet]. France: UNICEF; 2011 mars. Disponible sur: https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/UNICEF_FRANCE_violences_scolaires_mars_2011.pdf
34. Hubert T. La perception du climat scolaire par les collégiens reste très positive. Note d'information n°13-26. [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. 2013 [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/cid83913/la-perception-du-climat-scolaire-par-les-collegiens-reste-tres-positive.html>
35. Hubert T. Résultats de l'enquête de climat scolaire et victimation auprès des lycéens pour l'année scolaire 2017-2018 [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. 2018 [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/cid66113/resultats-de-l-enquete-de-climat-scolaire-et-victimation-aupres-des-lyceens-pour-l-annee-scolaire-2017-2018.html>

36. Prévention et lutte contre la violence en milieu scolaire - Le harcèlement entre élèves - Éduscol [Internet]. [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/pid23363-cid55921/le-harcelement-en-milieu-scolaire.html>
37. Violences conjugales. Rev Prescrire. mars 2018;38(413):192-200.
38. Plan interministeriel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants. [Internet]. DGCS; 2019 déc [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/que-prevoit-le-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-418717>
39. Albagly M, Cavalin C, Mugnier C, Nectoux M, Bauduin C. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 19 juill 2016;(22-23):390-8.
40. Programme DAPHNE II Année Estimation du coût des violences conjugales en Europe. «IPV EU_Cost» Projet n JLS/DAP/06-1/073/WY - PDF [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: https://docplayer.fr/41207759-Programme-daphne-ii-annee-estimation-du-cout-des-violences-conjugales-en-europe-ipv-eu_cost-projet-n-jls-dap-06-1-073-wy.html
41. Hirigoyen M-F. Le harcèlement moral au travail. 1ere éd. Paris: Presse Universitaire de France; 2014. (Que sais-je ?).
42. MIPROF. Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes [Internet]. mai 2015 [cité 17 nov 2019];(6). Disponible sur: <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/La-lettre-de-l-Observatoire-no6.html>
43. Mignot S, Fritel X, Loreal M, Binder P, Roux M-T, Gicquel L, et al. Identifying teenage sexual abuse victims by questions on their daily lives. Child Abuse Negl. nov 2018;85:127-36.
44. OMS | Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle [Internet]. WHO. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/va-w-clinical-handbook/fr/>
45. Palisse M, Lazimi G, Soares A, Beco A de, Chastaing J. Violences sexuelles faites aux femmes. Repérage par le médecin généraliste. Une enquête quantitative en région Île-de-France. Médecine. 29 mai 2015;11(4):187-9.
46. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev. 22 juill 2015;(7):CD007007.

47. Parsons LH, Zaccaro D, Wells B, Stovall TG. Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 août 1995;173(2):381-7.
48. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes - Article 51. 2014-873 août 4, 2014.
49. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences faites aux femmes et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Livret d'accompagnement du court métrage de formation « Anna » et « Elisa » [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/telecharger-les-outils-de.html>
50. Old F. CHU-ANGERS - Violences faites aux femmes : vous êtes un professionnel de santé ou du secteur social. [Internet]. CHU-ANGERS. [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/acteur-de-sante-publique/lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/violences-faites-aux-femmes-vous-etes-un-professionnel-de-sante-ou-du-secteur-social--54947.kjsp?RH=1435581631376>
51. OMS | Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes: recommandations cliniques et politiques [Internet]. WHO. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/violence/rhr1310/fr/index.html>
52. Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effect of domestic violence training: systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician*. juill 2014;60(7):618-24, e340-347.
53. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2005 [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
54. Linassier A. Application du questionnaire WAST en France dans le dépistage des violences conjugales en médecine ambulatoire. [Internet]. Université de Poitiers; 2017 [cité 22 nov 2019]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/58388>
55. Ministère du droit des femmes. Lutte contre la violence au sein du couple : rôle des professionnels. [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Violence_48_pages_20_10-2.pdf
56. NICE. Domestic violence and abuse: multi-agency working. Guidance [Internet]. Public Health Guideline; 2014 [cité 30 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/Guidance/PH50>
57. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
58. Kivits J, Balard F, Fournier C. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. Malakoff; 2016. 329 p. (U).

59. Frappé P, Petersen W. Initiation à la recherche. 2e édition. Paris: Global Média Santé, CNGE; 2018. 224 p.
60. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. 2012-300 mars 5, 2012.
61. Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement Méthodologie de référence MR-003 | CNIL [Internet]. [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-003-recherches-dans-le-domaine-de-la-sante-sans-recueil-du-consentement>
62. Code pénal - Article 226-1. Code pénal.
63. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
64. Richard C, Lussier M-T, Kurtz S. Une présentation et adaptation de l'approche Calgary Cambridge. In: La communication professionnelle en santé. 2ème édition. Montréal: ERPI; 2016.
65. MIPROF. Violences faites aux femmes : les principales données. La lettre de l'Observatoire des violences faites aux femmes numéro 8. [Internet]. 2015 [cité 24 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/no8-violences-faites-aux-femmes.html>
66. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women Exposed to Intimate Partner Violence: Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies. Arch Intern Med. 9 janv 2006;166(1):22-37.
67. La durée des séances des médecins généralistes - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
68. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: Abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. Patient Education and Counseling. 1 mars 2008;70(3):386-94.
69. Lussier M-T, Richard C. Les fonctions de l'entrevue médicale et les stratégies de communication. In: La communication professionnelle en santé. 2ème édition. Montréal: ERPI; 2016.
70. Lussier M-T, Richard C. La gestion, par le médecin, des émotions du patient et de ses propres émotions. In: La communication professionnelle en santé. 2ème édition. Montréal: ERPI; 2016.
71. Salmona M. Prise en charge - Rôles des psychiatre et psychothérapeutes spécialisé [Internet]. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur:

<https://www.memoiretraumatique.org/que-faire-en-cas-de-violences/prise-en-charge.html>

72. Gottlieb AS. Intimate Partner Violence: A Clinical Review of Screening and Intervention. *Womens Health (Lond Engl)*. sept 2008;4(5):529-39.
73. Nagata-Kobayashi S, Sekimoto M, Koyama H, Yamamoto W, Goto E, Fukushima O, et al. Medical Student Abuse During Clinical Clerkships in Japan. *J Gen Intern Med*. mars 2006;21(3):212-8.
74. Guyna LZA. Violences sexuelles au cours des études de médecine: Enquête de prévalence chez les externes d'Ile-de-France. 23 oct 2018 [cité 8 nov 2019]; Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01941154>
75. Salmona DM. Comprendre et prendre en charge l'impact psychotraumatique des violences conjugales pour mieux protéger les femmes et les enfants qui en sont victimes. 2017;20.
76. Jaspard M, Brown E, Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Reproduction ou résilience : les situations vécues dans l'enfance ont-elles une incidence sur les violences subies par les femmes à l'âge adulte ? *Revue française des affaires sociales*. 2003;(3):157-90.
77. Salmona M. Accueil et accompagnement des victimes de violences sexuelles. [Internet]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/Accueil-et-accompagnement-des-victimes-de-violences-2.pdf>
78. Miller A. Notre corps ne ment jamais. 3ème édition. Flammarion; 2004. (Champs).
79. Le CHRU de Tours parmi les 10 dispositifs nationaux de prise en charge du psycho-traumatisme [Internet]. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/le-chru-de-tours-parmi-les-10-dispositifs-nationaux-de-prise-en-charge-du-psycho-traumatisme>

ORGANISME	QUESTIONS	TYPE DE DEPISTAGE
Rapport HENRION (21)	Ce peut être des questions sur la vie conjugale : - Vous entendez-vous bien avec votre mari ? - Vous vous disputez avec lui ? Que se passe-t-il alors ? - Qu'est-ce qui vous rend triste ? Ce peut être aussi des questions en rapport avec le climat actuel de violence : - On parle beaucoup en ce moment de mésentente dans les familles, de violence dans la société. Avez-vous été l'objet de menaces ? Quelqu'un vous a-t-il maltraitée ? - De nombreuses patientes nous ont dit avoir été plus ou moins maltraitées par quelqu'un de proche. Est-ce que cela vous est arrivé ? - Êtes-vous effrayée par le comportement de quelqu'un à votre domicile ? Si la patiente répond affirmativement, le médecin doit tenter d'approfondir la situation en posant deux autres questions : - Voudriez-vous m'en parler plus longuement ? - Que voudriez-vous faire ?	SYSTEMATIQUE
HAS 2019 (1)	- Comment vous sentez-vous à la maison ? - Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ? - En cas de dispute, cela se passe comment ? - Comment se passent vos rapports intimes ? - Et en cas de désaccord ? - Avez-vous peur pour vos enfants ? - Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ? - Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ? - Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ? - Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ? - Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ? »	SYSTEMATIQUE
RAGCP (10)	- Votre partenaire vous a-t-il déjà menacé ou blessé physiquement ? - Y a-t-il beaucoup de tension dans votre relation ? Comment résolvez-vous les disputes ?	CIBLE

	- Parfois, les partenaires réagissent fortement en criant et utilisent la force physique. Est-ce que cela vous arrive ? - Avez-vous peur de votre partenaire ? Avez-vous déjà eu peur d'un partenaire ? - Vous êtes-vous déjà senti en danger dans le passé ? - La violence est très courante à la maison. J'interroge beaucoup mes patientes au sujet de la maltraitance parce que personne ne devrait avoir à vivre dans la peur de son partenaire.	
CNGOF (17)	- Dans le climat de violence ou nous vivons, avez-vous été l'objet de violences ? - Était-ce dans le cadre familial ? - Vous entendez vous bien avec votre mari ou compagnon ? - Qu'est-ce qui vous rend triste ? - Voulez-vous m'en parler ?	CIBLE SYSTEMATIQUE au cours de la grossesse.
SSMG Belge (22)	- Y a-t-il des tensions particulières dans votre couple ou votre entourage ? Quand il y a des désaccords, des disputes, comment cela se règle-t-il ? - Avez-vous déjà été menacé(e), bousculé(e), frappé(e) ? - Avez-vous encore le droit de voir votre famille, vos ami(e)s ? - Avez-vous peur ou avez-vous déjà eu peur de votre partenaire ?	CIBLE SYSTEMATIQUE au cours de la grossesse.
Gilles Lazimi (2)	- Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants, injures, menaces ? - Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences physiques ? Avez-vous reçu des coups, des gifles ? Avez-vous été battue, bousculée par un homme ? - Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles : attouchements, viol, rapports forcés ?	SYSTEMATIQUE
OMS (44)	- Avez-vous peur de votre mari (ou de votre partenaire) ? - Votre mari (ou votre partenaire) ou quelqu'un d'autre à la maison a-t-il déjà menacé de vous blesser ou de vous faire du mal physiquement d'une façon ou d'une autre ? Si oui, quand cela s'est-il produit ? - Est-ce que votre partenaire ou quelqu'un d'autre à la maison vous brutalise ou vous insulte ? - Votre partenaire essaie-t-il de vous contrôler, par exemple en ne vous permettant pas d'avoir de l'argent ou en ne vous laissant pas sortir de la maison ? - Votre partenaire vous a-t-il forcé à avoir des relations sexuelles ou tout contact sexuel que vous ne vouliez pas ?	CIBLE

	- Votre partenaire a-t-il menacé de vous tuer ?	
Kit ANNA et ELISA du MIPROF (49)	- Avez-vous déjà subi des violences dans votre vie ? - Avez-vous déjà subi des événements qui vous ont fait du mal et qui continuent à vous faire du mal aujourd'hui ? - Est-ce qu'au cours de votre vie, on vous a déjà malmenée, violentée ? - Considérez-vous que vous avez eu une enfance heureuse ? Quelqu'un vous a-t-il déjà fait du mal ?	SYSTEMATIQUE

ANNEXE 2

Formulaire d'information

Nous sommes médecins généralistes, doctorantes à l'Université de Poitiers, et nous préparons actuellement notre thèse de fin d'étude, à laquelle nous vous proposons de participer. **Cela ne vous prendra pas plus de temps que la consultation et ne modifiera pas les soins apportés par votre médecin. Vous avez le droit de refuser d'y participer.**

Nous allons détailler ici notre projet :

Titre du projet : Identifier les symptômes et comportements évoquant un retentissement des violences interpersonnelles (physiques, psychiques ou sexuelles). Etude qualitative observationnelle par l'analyse de consultations de médecine générale en France.

Objectif du projet : Identifier les symptômes et comportements pouvant être un retentissement à moyen ou long terme des violences interpersonnelles.

Personnes responsables du projet :

- Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT, professeur attaché de médecine générale, faculté de médecine et pharmacie, Université de Poitiers (86), responsable de l'étude
- Madame Julie MAGRET, investigateur coordonnateur, médecin généraliste remplaçante (86)
- Madame Clémence LOUBRIEU, investigateur, médecin généraliste remplaçante (17)

Raison et nature de la participation : Nous proposons à tous les patients adultes majeurs et consentants que nous recevons aujourd'hui, d'effectuer un enregistrement audio des consultations (**aucun enregistrement vidéo ne sera effectué**) afin que le travail de recherche puisse être réalisé à la suite de la consultation. **Vous recevrez exactement les mêmes soins de la part du médecin, que vous participiez ou non à l'étude scientifique.** L'enregistrement audio ne doit rien changer au déroulement « normal » de la consultation. **Vous pourrez refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains sujets.** Vous pourrez mettre fin à votre participation à l'étude, et ce, à tout moment, sans qu'aucun préjudice ne vous soit causé.

Financement : Nous ne bénéficions d'aucun financement concernant cette étude, et aucun conflit d'intérêt avec aucune industrie n'est à déclarer.

Droit de retrait sans préjudice de participation : Tout participant aura le droit de refuser l'enregistrement à **tout moment** de la consultation sans qu'il n'en subisse de conséquence.

Compensations financières : tout participant sera bénévole et aucune participation financière ne sera accordée.

Balance bénéfice/risque : l'étude ne comporte pas de risque pour le patient

Confidentialité, partage, surveillance et publications : **Ne seront conservées et analysées que les consultations pouvant avoir un rapport avec le projet de recherche.** Les données seront d'abord rendues **anonymes**, retranscrites mot à mot, puis analysées par plusieurs chercheurs. Les entretiens seront conservés de façon **confidentielle** avant d'être **détruits** après l'analyse. **Les propos recueillis seront utilisés aux seules fins de cette étude.**

Résultats de la recherche et publication : Les résultats de la recherche, disponibles plusieurs mois plus tard, seront à votre disposition si vous le souhaitez et l'article fera l'objet d'une publication dans un article scientifique tout en préservant l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Législation :

Conformément aux articles L. 1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, le Comité de Protection des Personnes a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 07 juin 2019.

Conformément à l'article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique, vous pouvez vous faire assister par une personne de confiance afin de recueillir les informations relatives à la recherche, poser des questions et/ou prendre votre décision. Cette personne peut participer à la consultation si vous le souhaitez.

Vous pouvez demander si besoin, un complément d'informations en contactant :

- Madame le Professeur Mignot Stéphanie, stephanie.mignot@univ-poitiers.fr ou 05 49 03 00 72
- Madame Julie MAGRET : julie_magret@hotmail.fr ou 06 74 11 27 97
- Madame Clémence LOUBRIEU : clemence.loubrieu@yahoo.fr ou 06 74 73 45 93

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE DE THESE :

Date de la consultation :
Heure :
Minutage ou nom de l'enregistrement :
Durée de la consultation :

Concernant le patient :

Age :

- ☐ 18-25 ans
- ☐ 25-45 ans
- ☐ 45-65 ans
- ☐ 65-80 ans
- ☐ >80 ans

Genre :

- ☐ Masculin
- ☐ Feminin

Catégorie socio-professionnelle :

- ☐ Artisans commerçants chefs d'entreprise ;
- ☐ Agriculteurs exploitants
- ☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures
- ☐ Professions intermédiaires (instituteurs, fonctionnaires, employés administratifs, personnels de services, clergé)
- ☐ Employés
- ☐ Ouvriers.
- ☐ Etudiants
- ☐ Autres

Emploi :

Niveau d'étude :

Principaux antécédents :

- | | |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |

Contexte de consultation :

- ☐ Médecin installé
- ☐ Remplaçant

- ☐ Patient connu
- ☐ Nouveau patient au cabinet
- ☐ Patient non connu par le remplaçant mais connu du cabinet

Ressenti du médecin consultant :

Au cours de la consultation, des signes verbaux ou non verbaux vous ont-il fait suspecter des violences ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

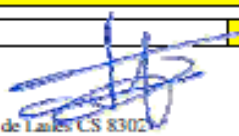
Si oui lesquels :

- Position dans la salle d'attente :
- Attitude :
- Position :
- Regard :
- Démarche :
- Langage / diction :
- Vestimentaires :
- Les premières minutes :
- Autres :

ANNEXE 4

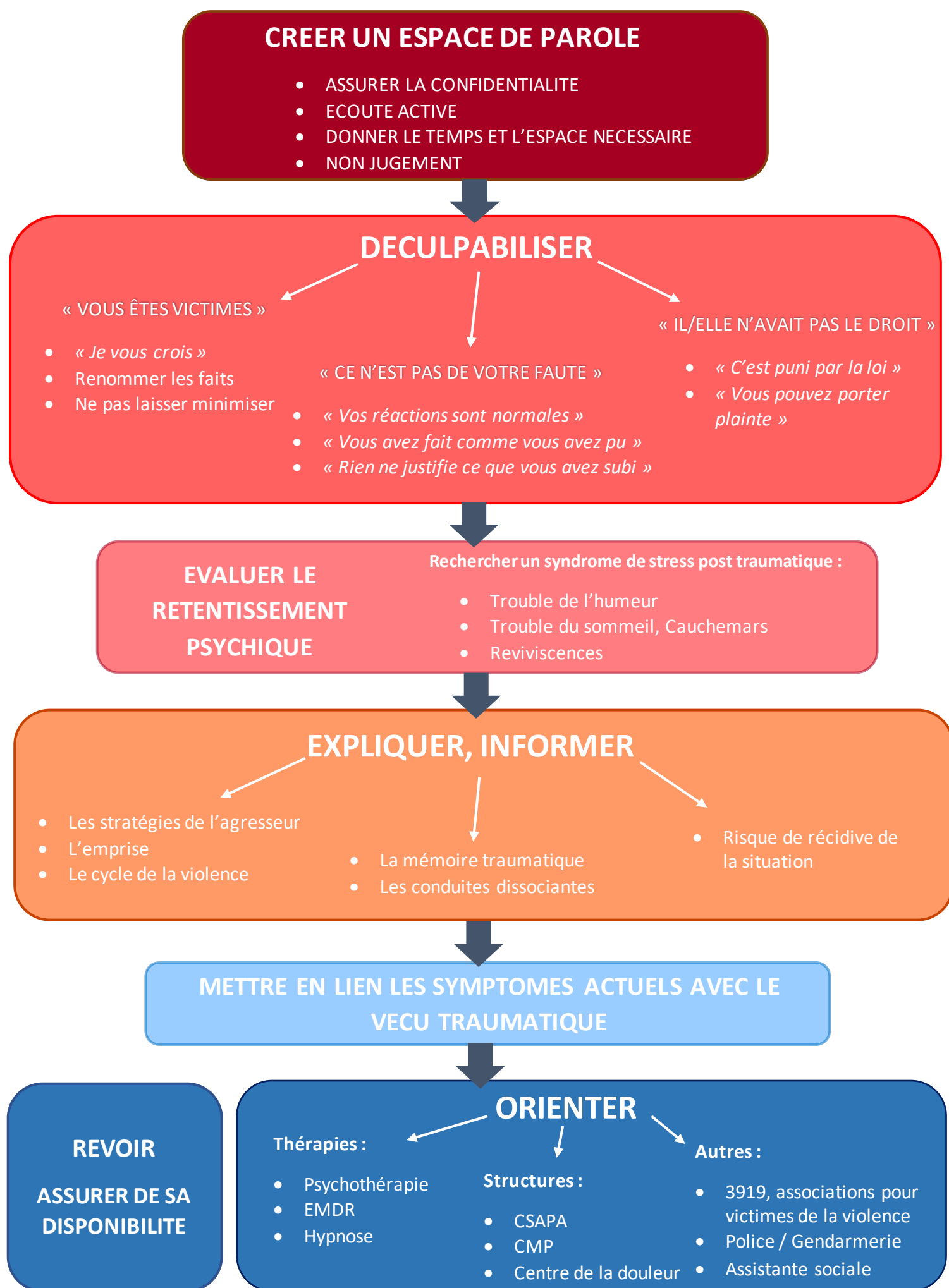
COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD MEDITERRANEE III

Président: J-Y. LEFRANT Vice-Président: A-M. JOUBERT

Référence CPP à rappeler:	2019.05.02 bis_ 19.02.04.56426	Nîmes, le:	07 juin 2019
Lors de sa séance du:	09 mai 2019	Présidée par Mme ou M:	J-Y. LEFRANT
En présence des membres suivants: Mmes et MM:		Membres titulaires	Membres suppléants
1 ^{er} Collège	Personnes qualifiées en recherche biomédicale	☒ J-Y. LEFRANT S. DROUPY D. MOTTET	☐ C. LECHICHE R. DE TAYRAC L. GONTHIER-MAURIN
	Compétents en biostatistique/épidémiologie	☒ C. DEMATTEI	☐ S. BASTIDE
	Médecins généralistes	☐ M. GARCIA	☒ P. SERAYET
	Pharmaciens hospitaliers	☐ A. MOURGUES	☐ G. LEGUELINEL
	Infirmiers	☒ G. BAVILLE	☐ A. GIRON
2 ^e Collège	Compétents en questions éthiques	☐ C. BERHAULT	☐ C. AYELA
	Psychologues	☒ L. HERITIER	☐
	Travailleurs sociaux	☐	☐
	Compétents en matière juridique	☒ E. TOULOUSE-MULLER ☒ C. ROLLAND	☐ M. GRIT
	Représentants d'associations agréées de malades et usagers du système de santé	☒ A-M. JOUBERT Y. PRIoux	☐
Personnes cooptées	Pédiatre	☐	☐
	Spécialiste pour défaut de consentement	☐	☐
Les membres suivants s'étant retirés: Mmes et MM:			
Le comité de protection des personnes Sud Méditerranée III a examiné les informations relatives à un projet référencé localement sous le numéro ci-dessus, et identifié par le numéro ci-dessous, relatif à:		☐	Recherche interventionnelle de type 1
		☐	Recherche interventionnelle de type 2
		☒	Recherche non interventionnelle de type 3
		☐	Utilisation d'éléments et produits du corps humain
		☐	Collection d'échantillons biologiques
Numéro d'enregistrement:		EudraCT	ANSM
Intitulé du projet:		"Identifier les symptômes et comportements évoquant un retentissement des violences interpersonnelles. Etude qualitative observationnelle par l'analyse de consultations de médecine générale en France."	
Promoteur:		DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE UNIVERSITE POITIERS	
Investigateur principal ou coordonnateur:		MME MAGRET / MME LOUBRIEU	
Lieu de recherche (si soumis à autorisation):			
Au titre d'une demande d'avis concernant:	☒ Projet initial	Dans le cadre de:	☐ Première soumission
	☐ Modification substantielle N°		☒ Nouvelle soumission d'un projet modifié en réponse aux observations du comité
Date de réception du projet visé		12 mars 2019	
☒	Le comité, ayant examiné ou réexaminé le projet soumis, exprime en séance plénière l'avis ci-contre:	☒	Favorable
	Le projet ayant fait l'objet de réserves mineures lors de la délibération initiale, et celles-ci ayant été prises en compte, le comité exprime ce jour l'avis ci-contre:		Défavorable
			Différé
			P2P (sans 2 ^{ème} passage)
			2P (2 ^{ème} passage)
			Eclaircissements des réponses apportées
Date de prise d'effet du présent avis:		07 juin 2019	
Le président:	☒	Le vice-président:	☐
		Le président de séance:	

Adresser la correspondance à : CPP SUD-MEDITERRANEE III, UFR MEDECINE 186, chemin du Carreau de Lales CS 8302
30908 NIMES Cedex 2
Secrétariat : Mme CABRERA
e-mail : cpp.sudmediterranee3@gmail.com
Téléphone/Fax : 04 66 02 81 55

Page 1 sur 2



RESUME

INTRODUCTION : La question des violences et particulièrement celle des violences sexuelles est devenue un sujet de santé publique. Le rôle des professionnels de santé dans le repérage et la prise en charge des personnes victimes de violences est reconnu par la Haute Autorité de Santé et l'OMS. Cependant peu de médecins généralistes sont formés aux conséquences à moyen et long terme de ces violences et à leur repérage en consultation. L'objectif principal de cette étude était d'analyser les approches et techniques de communication utilisées par des médecins généralistes formés, pour aborder les violences.

MATERIEL ET METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative observationnelle par analyse de 25 enregistrements de consultations de médecine générale en Poitou-Charentes ayant abouti à un repérage de violences anciennes ou actuelles. Une analyse thématique puis descriptive des retranscriptions a été réalisée ainsi qu'une triangulation des données.

RESULTATS : Des phrases d'appels apportées par les patients, des symptômes et comportements en lien avec un possible vécu traumatique et des contextes évocateurs faisaient suspecter des violences aux médecins. Ces éléments étaient utilisés pour aborder la question, en les mettant en lien avec des violences. Le praticien pouvait aussi aborder le sujet avec une phase d'approche : parler d'une situation générale, questionner en entonnoir à partir de question larges sur la vie personnelle. Dans un second temps, il posait des questions concrètes et simples, dont la plus efficace serait « Est-ce qu'on vous a fait du mal ? ». Tout en respectant le rythme du patient, le médecin persévérerait dans son questionnement s'il était convaincu de l'existence d'une situation de violence, en abordant le sujet sous un autre angle, à un autre moment. Ces différentes approches nécessitaient la construction d'une relation de confiance, basée sur l'écoute active et l'empathie, plus particulièrement en s'adaptant au timing du patient, sans le forcer, et en respectant les silences. Les techniques de reformulation étaient particulièrement utilisées. Une fois ces violences révélées, la prise en charge était avant tout basée sur l'écoute, sur la reconnaissance des faits, sur la déculpabilisation, puis sur une orientation vers une prise en charge en psychothérapie.

CONCLUSION : Cette approche, facilement applicable à une pratique de médecine générale, nécessite une connaissance des mécanismes des violences et de leurs conséquences sur la santé. Une formation adressée aux médecins généralistes, pourrait être proposée, à partir des résultats de cette étude et des recommandations des grandes instances.

MOTS CLES : Violences, victimes, repérage, dépistage, communication, prise en charge, médecine générale.

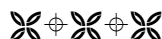


UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

