

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Année : 2019

N° 221

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention Médecine Générale

Par

FREY Camille

née le 23 avril 1987 à Sélestat (67)

**Améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de
violences conjugales en médecine générale :
Quel serait le contenu de la formation « idéale » ?**

Etude qualitative reposant sur des focus groups de médecins généralistes installés,
de médecins généralistes remplaçants et d'internes en Alsace.

Président de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Sébastien RAUL

Directeur de thèse : Madame le Docteur Claire DUMAS



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition JUILLET 2019
Année universitaire 2018-2019

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatodigestif / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matfhieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie: transfusion
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	<u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	<u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	<u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; <u>Radiothérapie</u> Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	<u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	<u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	<u>Anesthésiologie-réanimation</u> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ROUL Gérard P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <u>Pédopsychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01	Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02	Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur		

MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme Ayme-Dietrich Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03	Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SAMAMA Brigitte M0062	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02	Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073	• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010	• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	-------	------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELMÉ Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGNER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRpô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême 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 à 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 les crimes.

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 restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Dédicaces et remerciements

À Monsieur le Professeur Jean-Sébastien RAUL,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et du temps que vous y avez consacré. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Jean-Jacques BALDAUF,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail. Je vous exprime toute ma reconnaissance et vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

À Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY,

Vous avez bien voulu me faire l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter d'évaluer ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

À ma directrice de thèse Madame le Docteur Claire Dumas,

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail, merci pour le temps précieux que tu m'as accordé pour ce travail de thèse, pour tes conseils et ta disponibilité. Merci d'avoir toujours

continué à croire en moi malgré les périodes où il était plus compliqué pour moi d'avancer. Je suis également reconnaissante de tous les débriefings que j'ai pu faire avec toi lors de mon stage SASPAS au Neuhof, ils ont été essentiels pour moi et ont constitué un véritable atout pour ma pratique ultérieure, cela a probablement permis de faire de moi un meilleur médecin. J'ai énormément appris à vos côtés à toutes (Toi, Catherine, Juliette, Léa, Elisabeth et Anne), je vous suis reconnaissante de m'avoir transmis tous ces conseils ainsi que votre savoir-faire qui ont permis d'améliorer ma pratique médicale.

À ma famille : tout d'abord à Maman et Papa, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi au cours de mes très longues études, rien n'aurait été possible sans vous ! Merci d'avoir toujours été présents dans les bons comme dans les mauvais moments. Vous êtes un exemple pour moi et je serais comblée si je pouvais devenir quelqu'un d'aussi formidable que vous. Merci de me soutenir au quotidien, vous êtes mes piliers, je vous aime. Mention spéciale Maman pour l'aide à la relecture !

À Clara ma sœur, Guillaume mon beau-frère et mon neveu et filleul, le petit Louis alias « Schnapy » qui a illuminé mes journées de travail sur ma thèse, je ne pourrais pas me passer de vous.

À Nicolas, mon doudou qui m'a épaulé et qui a su me remonter le moral lorsque je ne voyais pas le bout de cette thèse. Je t'aime de tout mon cœur.

À Audrey, mon amie depuis de si nombreuses années maintenant, tu as toujours été là pour moi, tu es ma confidente, « j'suis qu'un fantôme quand tu vas où j'suis pas ! », je te remercie également d'avoir endossé le rôle de modérateur lors des focus groups.

À Andréa, mon acolyte du Sud, venue avec force et bravoure faire son internat de médecine générale dans le froid alsacien et qui a su égayer ces 3 années, sans toi rien n'aurait été pareil !

À Sophie et Sébastien qui m'ont été d'une grande aide et notamment pour leurs compétences en informatique ! Vous formez un couple magnifique, vous m'avez fait l'honneur d'être le témoin de votre mariage et je suis heureuse que le petit Maël soit venu agrandir votre belle famille. Je voulais particulièrement remercier Sophie pour son amitié et son soutien tout au long de nos études, merci d'avoir été là dans les hauts mais aussi dans les bas.

À mes amis remplaçants : Paul, Mumu, Sévil, Sophie, Edouard, Abdel pour leur participation au premier focus group qui m'a permis de tester le guide d'entretien. Et à tous mes autres compagnons de route lors de mes études, notamment Etienne mon tout premier co-interne, merci pour ces 6 mois de fou-rire à Mulhouse !

Aux associations : je remercie SOS Femmes Solidarité et Thomas Foehrlé en particulier qui m'a permis de participer à plusieurs reprises aux formations sur les violences conjugales proposées et Yannick Schmitt, vice-président du syndicat AGJIR qui co-animait ces formations au sein de l'association SOS Femmes Solidarité, je remercie également le CIDFF67 pour la formation sur 2 journées à laquelle j'ai pu participer ainsi que le Planning Familial de Strasbourg.

Aux Docteurs Katia Schroeder et Pauline Simon qui m'ont fait confiance dès le début de mes remplacements, je me fais une joie de devenir bientôt votre associée.

À tous les autres médecins des secteurs de Sélestat et de Strasbourg qui ont bien voulu participer aux focus groups.

Au Docteur Marie-Josée Scheer, ma toute première « chef » lors de mon premier stage d'internat, merci de m'avoir transmis tes connaissances et de m'avoir formée à ce très beau métier.

À tous ceux qui ont participé aux entretiens collectifs, merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

À « Justine » pour son témoignage bouleversant, qui m'a permis de prendre conscience de ce que vivent réellement au quotidien les femmes victimes de violences conjugales et de la force dont elles doivent faire preuve pour enfin réussir à en parler pour pouvoir sortir de ce cercle vicieux. Je remercie également le service d'accompagnement des victimes de violences intra familiales (SAVVI) de l'association syndicale des familles monoparentales et recomposées (ASFMR) de Colmar pour leur fabuleux travail et leur ouvrage « A voix haute et libre » réalisé à base de textes témoignages par Dominique Guibbert.

Table des matières

Dédicaces et remerciements	17
Table des matières	21
Index des annexes.....	26
Index des tableaux	26
Index des illustrations.....	27
Index des graphiques	27
Liste des abréviations	28
I. Introduction	29
II. Travail préparatoire : recherches sur les violences conjugales	32
II.1. Quelques chiffres et définitions.....	32
II.2. Les différentes études françaises	36
II.3. Les études internationales	38
II.4. Les différentes formes de violences	42
II.5. Le cycle des violences conjugales.....	43
II.6. Les obstacles qui empêchent les victimes de parler	45
II.7. Pourquoi les médecins généralistes devraient-ils poser la question ?	46
II.8. Obstacles et freins au dépistage des VC par le médecin généraliste.....	47
II.9. Repérage des signes d'appel de violences conjugales	50
II.10. Des pistes pour aborder le sujet des violences conjugales	50
II.11. Les 4ème et 5ème plans interministériels	51
II.12. Les principales lois concernant les violences conjugales.....	53

II.12.1.	Le droit pénal	53
II.12.2.	Le droit civil	54
II.13.	Formations sur les violences conjugales proposées en Alsace	54
III.	Matériel et méthodes	56
III.1.	Bibliographie	56
III.2.	Type d'étude	56
III.2.1.	Méthodologie qualitative	56
III.2.2.	Objectif principal	58
III.2.3.	Objectif secondaire	58
III.3.	Déroulement des focus groups	58
III.3.1.	Le guide d'entretien	58
III.3.2.	Le modérateur	60
III.3.3.	L'observateur	61
III.3.4.	L'enregistrement	61
III.3.5.	La retranscription	61
III.3.6.	L'analyse des données	62
III.4.	Population de l'étude	63
III.4.1.	Modalités de recrutement	65
III.4.1.1.	Critères d'inclusion	65
III.4.1.2.	Critères d'exclusion	66
III.5.	Caractéristiques des entretiens	67
III.6.	Présentation des différents FG	68

III.7.	Les avantages et inconvénients de la méthode qualitative en focus group	69
IV.	Résultats	71
IV.1.	La consultation pour violences conjugales : une consultation singulière	71
IV.1.1.	Le motif de la consultation	71
IV.1.2.	Les difficultés rencontrées par le médecin lors de ces consultations	75
IV.1.3.	Le rôle du médecin traitant	87
IV.1.4.	Différents types de violences conjugales	91
IV.1.5.	L'attitude des femmes victimes de VC	92
IV.1.6.	Les attentes de la victime	95
IV.1.7.	Les femmes victimes ne parlent pas / partent pas	99
IV.2.	Connaissances et formation sur le sujet des violences conjugales	101
IV.2.1.	Manque de connaissance et de formation sur ce sujet	101
IV.2.2.	Connaissance de quelques réseaux ou numéros d'appel	104
IV.2.3.	Participation à certaines formations	108
IV.2.4.	Formation « sur le tas »	109
IV.2.5.	Certains items ECN l'évoquaient sans que ce soit développé	110
IV.2.6.	Volonté d'avoir de meilleures connaissances pour se sentir plus à l'aise	111
IV.2.7.	Envoyer aux réseaux : déléguer le problème ?	112
IV.3.	Le certificat médical initial de coups et blessures	114
IV.3.1.	Les modalités de rédaction	114
IV.3.2.	Les difficultés à gérer le certificat	115
IV.3.3.	L'ignorance de la cotation du certificat	115

IV.3.4.	Certains médecins se demandent quelle valeur a vraiment le certificat de coups et blessures et s'il sert vraiment à quelque chose.....	116
IV.4.	Le dépistage des violences conjugales	117
IV.4.1.	Dépistage sur signes d'appel.....	117
IV.4.2.	Certains ont tenté le dépistage systématique.....	120
IV.4.3.	Plusieurs participants expriment des arguments contre le dépistage systématique.....	120
IV.4.4.	Le dépistage systématique rendrait peut-être la question moins taboue	121
IV.4.5.	Une appréhension de la réaction de la patiente	121
IV.4.6.	Comment dépister de manière systématique ?	122
IV.4.7.	En ne dépistant pas de manière systématique, il y a un risque de passer à côté .	123
IV.4.8.	Le dépistage systématique des VC est une bonne idée mais encore faut-il savoir quoi faire si le dépistage s'avère positif	123
IV.5.	Avis quant à la création d'une formation idéale	124
IV.5.1.	Moment idéal pour réaliser cette formation	124
IV.5.2.	Durée de la formation.....	126
IV.5.3.	Style de la formation	127
IV.5.4.	Contenu de la formation.....	131
IV.5.5.	Moyens d'impliquer les médecins généralistes dans la problématique du dépistage des violences conjugales et les inciter à suivre cette formation	134
V.	Discussion et perspectives.....	139
V.1.	Biais et limites de l'étude	139
V.1.1.	Les biais relatifs à l'étude.....	139

V.1.2.	Les biais relatifs à l'analyse des données	140
V.2.	Les points forts de cette étude	140
V.3.	Moment idéal pour réaliser une formation dédiée aux violences conjugales et sa durée.....	142
V.4.	Contenu idéalement recherché par les médecins lors d'une formation dédiée aux violences conjugales.....	143
V.4.1.	Le certificat médical initial de coups et blessures et l'aspect légal.....	143
V.4.2.	Le réseau d'aide spécialisé dans le Bas-Rhin (67).....	147
V.4.2.1.	Les associations spécialisées	147
V.4.2.2.	Les numéros d'appels nationaux	151
V.4.2.3.	Les sites internet spécialisés en France	153
V.4.2.4.	La police et la gendarmerie	154
V.4.2.5.	Les unités territoriales d'action sociale	154
V.4.2.6.	Le service d'urgence médico-judiciaire	155
V.4.2.7.	Le téléphone grave danger (TGD)	155
V.5.	Forme que pourrait prendre cette formation « idéale ».....	157
V.6.	Avancées en cours concernant les violences conjugales.....	158
VI.	Conclusion.....	163
	Bibliographie	167
	Bibliographie non numérotée	180
	Attestation sur l'honneur plagiat	227

Index des annexes

Annexe 1 : Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Synthèse bibliographique 2013, mise à jour en 2016.....	183
Annexe 2 : Lettre n°13 de l'Observatoire national des violences faites aux femmes	184
Annexe 3 : Premiers résultats de l'enquête VIRAGE	185
Annexe 4 : Statistiques des morts violentes au sein du couple : Etude nationale de l'année 2017	186
Annexe 5 : Tableau correspondant au thème « Repérer » sur le site déclic violence	187
Annexe 6 : Tableau correspondant au thème « Aborder » sur le site déclic violence.....	188
Annexe 7 : Tableau descriptif détaillé des différents participants aux focus groups	189
Annexe 8 : Guide d'entretien focus group	190
Annexe 9 : Exemple du premier focus group de médecins remplaçants	191
Annexe 10 : Tableau de classement des grands thèmes, catégories et occurrences UMS	213
Annexe 11 : Formation proposée par AGJIR en association avec SOS Femmes Solidarité	223
Annexe 12 : Formation proposée par le CIDFF67	224
Annexe 13 : Certificat médical initial de constatation de coups et blessures	225
Annexe 14 : Le carré de White.....	226

Index des tableaux

Effectifs et taux moyens de femmes âgées de 18 à 75 ans victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint au cours de l'année précédant l'enquête.....	33
Démarches entreprises par les femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint cohabitant au moment de l'enquête.....	34
Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des VC dans l'enquête ENVEFF	37

Proportion des femmes et hommes ayant subi des agressions sexuelles sur les 12 derniers mois, issu de l'enquête VIRAGE	38
Caractéristiques des participants aux différents FG	65

Index des illustrations

Victimes de violences physiques et / ou sexuelles depuis l'âge de 15 ans dans l'Union Européenne	40
Victimes de violences conjugales d'ordre psychologiques, subies depuis l'âge de 15 ans dans l'Union Européenne	40
Le cycle de la violence	44
Le 3919 en 2018	152
Principales violences déclarées par les femmes victimes de VC au 3919	153
Le carré de White	226
La répartition des soins de santé pendant 1 mois	226

Index des graphiques

Appels pris en charge au 3919 en 2017	152
Schéma de l'attribution du téléphone grave danger tiré de l'édition d'octobre 2015 du SADJA	156

Liste des abréviations

AGJIR : Alsaciens généralistes, Jeunes Installés et Remplaçants

CIDFF : Centre d'information sur les droits des femmes et des familles

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

FG : Focus group

FMC : Formation Médicale Continue

ITT : Incapacité Totale de Travail

MG : Médecin généraliste

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de Violences et la Lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP : L'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

ONU : Organisation des Nations Unies

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TGD : Téléphone grave danger

UE : Union européenne

UMS : Unité Minimale de Signification

VC : Violences conjugales

« La violence conjugale est un rouleau compresseur qui écrase tout sur son passage : la capacité de discernement, la faculté de se révolter, le bon sens. C'est comme une maladie qui gagne chaque jour du terrain parce qu'on ne prend pas le temps de la soigner. »

Alexandra Lange

I. Introduction

Tout a commencé par une situation clinique complexe extrêmement déstabilisante que j'ai rencontrée lors d'une consultation en autonomie pendant mon stage SASPAS en 6^e semestre d'internat au cours de laquelle j'ai suspecté des violences conjugales. Lors du débriefing du soir, j'ai confessé à ma directrice que j'avais reconvoqué la patiente seule car je n'avais pas réussi à lui poser textuellement la question des violences conjugales malgré ma suspicion. D'une part j'avais l'impression de m'immiscer dans sa vie privée, d'autre part j'appréhendais sa réaction dans la mesure où son mari l'accompagnait, en outre j'ignorais comment aborder ce sujet (1). Cette consultation m'a permis de réaliser que j'avais d'évidentes lacunes sur cette thématique, je me sentais vraiment démunie. Par ailleurs, j'ai pu constater en débriefant que même mes maîtres de stage expérimentés se sentaient mal à l'aise lorsqu'il s'agissait de poser cette question taboue. Le sentiment de gêne procuré par cette consultation m'a fait réfléchir, m'a inspiré et a abouti à ce sujet de thèse.

Une femme sur dix est victime de violences conjugales (VC) en France quelle que soit sa catégorie socio-culturelle (2) (3). Dans cette thèse, le terme violences conjugales est utilisé au sens large de violences au sein du couple, de ce fait elles ne concernent pas uniquement les couples mariés mais aussi les couples pacsés ou en concubinage.

En moyenne, selon l'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2012-2018 de l'INSEE-ONDRP (2)(78), le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans qui au cours d'une année sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles en France est estimé à 219 000 mais ce chiffre est probablement sous-

estimé car de nombreuses victimes n'en parlent pas par peur de représailles ou du fait d'une pression psychologique de l'agresseur (2).

Les violences conjugales sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « tout acte de violence au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie » et il est précisé que par « la violence d'un partenaire intime, est entendu tout comportement qui dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination » (4).

La HAS et le Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes recommandent un dépistage systématique des violences conjugales par les médecins généralistes pour améliorer leur prise en charge comme indiqué dans les 4^e et 5^e plans interministériels de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (5) (6), or nous ne posons pas assez la question. Comment faire pour réussir à améliorer le dépistage et la prise en charge des violences conjugales ? Dans les thèses existantes sur les obstacles et freins au dépistage systématique des violences conjugales, les médecins généralistes (MG) déplorent un manque de formation sur ce thème, comme le met en évidence Barroso Debel M. dans sa thèse « Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale » (7). Ces études mettent en évidence leur méconnaissance de la problématique des violences conjugales et le tabou représenté par ce sujet. Pour citer un autre exemple, dans la thèse de Quenot M. « Repérage, en Médecine Générale, des violences conjugales faites aux femmes. À propos d'une enquête en Haute Garonne », la majorité des MG questionnés (90%) estimait être mal formée et informée sur le repérage des violences faites aux femmes (8). Plusieurs autres thèses (9)(10)(11)(12)(13) aboutissent à la même conclusion : la nécessité de développer la formation des médecins généralistes sur ce sujet afin d'augmenter leur sensibilité à ce problème et leur donner les outils pour pouvoir décrypter les plaintes de patientes.

Néanmoins, le fait de suivre la recommandation de la HAS (14) et de réaliser un dépistage systématique permettrait de réaliser plus de diagnostics positifs certes, mais cela permettrait-il l'amélioration de la prise en charge des victimes ?

Pour cela, il faudrait également améliorer la formation des médecins dans ce domaine. Ceci est le point de départ de mon travail.

Il s'agit d'une étude qualitative reposant sur des focus groups de médecins généralistes installés, de remplaçants en médecine générale et d'internes. L'objectif principal est de définir quel serait le contenu de la « formation idéale » pour les médecins généralistes pour améliorer la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. L'objectif secondaire est de recueillir le ressenti des différents médecins interrogés lors de telles consultations et de savoir ce qui leur permettrait de se sentir plus à l'aise.

En effet, suite à la lecture de la bibliographie sur ce thème, nous constatons qu'il existe un grand nombre de médecins généralistes qui se sentent mal à l'aise lorsqu'il s'agit de dépister les violences conjugales et qui de ce fait reconnaissent ne pas avoir une prise en charge optimale des VC dans leur patientèle. Notre objectif était de réunir des avis et idées de plusieurs médecins ayant des expériences différentes (internes, remplaçants, jeunes installés, médecins expérimentés) afin de constituer une nouvelle formation spécifique sur les violences conjugales avec des ateliers centrés sur les points où l'échantillon des médecins considère avoir des lacunes, qui auront été mises en évidence par les différents focus groups, ce qui permettrait une meilleure prise en charge des VC, conformément aux 4^e et 5^e plans interministériels de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (5) (6).

Nos perspectives étaient de contribuer à la mise en place d'une « formation idéale » sur les violences conjugales pour les médecins de premier recours à éventuellement proposer au DMG ou à la FMC.

II.Travail préparatoire : recherches sur les violences conjugales

II.1. Quelques chiffres et définitions

En commençant mes recherches sur les violences conjugales (VC) par la lecture du rapport Henrion (15), j'ai tout d'abord été frappée par le fait qu'environ une femme sur dix est victime de VC en France quelle que soit sa catégorie socio-culturelle, ce qui représente une prévalence importante.

Selon l'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2012-2018 de l'INSEE-ONDRP (78), environ 219 000 femmes de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles au cours d'une année, en France. Ce chiffre est issu d'une moyenne obtenue à partir des résultats des enquêtes de 2012 à 2018. Cependant ce chiffre ne couvre pas l'ensemble des violences au sein du couple dans la mesure où il ne rend pas compte des violences verbales, psychologiques, économiques ou administratives. Dans $\frac{3}{4}$ des cas il s'agissait de faits répétés, 8 victimes sur 10 subissaient également des atteintes psychologiques ou agression verbales mais seules 19% avaient porté plainte en gendarmerie ou commissariat de police. De nombreuses victimes n'en parlent pas par peur de représailles ou du fait d'une pression psychologique de l'agresseur. Sur ces 219 000 femmes, plus de $\frac{2}{3}$ habitent encore avec leur agresseur et plus de la moitié n'avaient fait aucune démarche (2) (16).

En 2016, 123 femmes ont été tuées dans un contexte de violences conjugales, c'est-à-dire qu'une femme décédait tous les 3 jours dans un contexte de VC. C'était toujours le cas en 2017 où 130 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire intime "officiel" (conjoint, concubin, pacsé ou « ex ») ou non officiel (petits-amis, amants, relations épisodiques...) et où 21 hommes ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire intime dans un contexte de VC (chiffres du site stop-violences-femmes.gouv.fr : Etude Nationale sur les morts violentes au sein du couple année 2017).

En outre, en 2017, 25 enfants mineurs sont décédés, tués par un de leurs parents dans un contexte de violences au sein du couple (2) (17).

En 2018, 121 femmes ont été tuées par leur conjoint ou leur ex-compagnon, selon des données communiquées par la délégation aux victimes, qui relève du ministère de l'Intérieur. Néanmoins, ce chiffre tend à ré-augmenter en 2019 dans la mesure où l'étape symbolique du 100^e féminicide de l'année a déjà été atteint le premier septembre 2019, c'est-à-dire qu'une femme est décédée tous les 2,5 jours dans un contexte de VC.

Effectifs et taux moyens de femmes âgées de 18 à 75 ans victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint au cours de l'année précédant l'enquête (17)

SOURCE : Enquête « Cadre de vie et sécurité » ONDRP – 2010-2015 (CVS) - INSEE -

	Nb de femmes victimes sur un an	En % de la pop. de ref totale	Répartition par forme des violences
Victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part du conjoint ou ex-conjoint	223 000	1,0	100%
... dont victimes de violences uniquement physiques	164 000	0,7	74%
... dont victimes de violences uniquement sexuelles	33 000	0,2	15%
...dont victimes de violences physiques et sexuelles	26 000	0,1	12%

Champ : Femmes âgées de 18 à 75 ans, vivant en ménage ordinaire en métropole. Source : CVS 2010-2015- INSEE-ONDRP

Intervalle de confiance : le nombre de femmes victimes de violences conjugales chaque année a 95% de chances de se trouver compris entre 212 000 et 234 000.

Démarches entreprises par les femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint cohabitant au moment de l'enquête (17)

SOURCE : Enquête « Cadre de vie et sécurité » ONDRP – 2010-2015 (CVS) - INSEE -

Parmi les 152 000 femmes victimes vivant avec l'auteur des faits au moment de l'enquête	%
A été vue par un médecin à la suite à l'agression	23
A consulté un psychiatre, un psychologue	19
A parlé de sa situation aux services sociaux	19
S'est rendue au commissariat ou à la gendarmerie	17
A appelé un numéro vert, un service téléphonique d'aide aux victimes	10
A rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes	9
N'a fait aucune des démarches citées ci-dessus	54

Champ : Femmes âgées de 18 à 75 ans, vivant en ménage ordinaire en métropole. Source : CVS 2010-2015- INSEE-ONDRP

Lorsque la victime a connu plusieurs faits de violences durant l'année précédant l'enquête, les résultats concernant les démarches entreprises portent sur la description d'un seul de ces événements.

Selon une étude des Nations-Unies, une femme sur trois dans le monde a été « battue, contrainte d'avoir des rapports sexuels ou a subi d'autres formes de sévices au cours de sa vie » (4).

En ce qui concerne l'Union européenne, selon une enquête de mars 2014, fondée sur la réalisation d'entretiens auprès de 42 000 femmes issues de 28 Etats membres de l'Union européenne, une femme sur trois a subi une forme de violence physique et/ou sexuelle depuis l'âge de 15 ans.

De plus, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé (4).

Les violences conjugales sont définies par l'Organisation mondiale de la santé comme « tout acte de violence au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie. »

L'Organisation Mondiale de la Santé précise que « par la violence d'un partenaire intime, est entendu tout comportement qui dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre

physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination » (4).

Elle constitue « une atteinte volontaire à l'intégrité de l'autre, une emprise, un conditionnement » dont il est difficile de sortir lorsqu'on en est victime. Plus la classe sociale est élevée plus le sujet est tabou. On la distingue du simple conflit conjugal par la relation inégalitaire, asymétrique qui s'exerce entre les partenaires. La victime est « sous emprise », n'a plus d'espace moral pour elle, lâche prise et est « dépouillée de sa place de sujet », elle se sent dépendante (18).

La définition des violences à l'égard des femmes issue de la déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes adoptée en 1993 par les Nations Unies est la suivante : « Les violences à l'égard des femmes désignent tous les actes de violences 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 » (19).

Le 4 juillet 2014, le gouvernement français a ratifié la Convention d'Istanbul (20) sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique qui définit les VC comme « toutes violences exercées lors d'une relation intime, qu'elle soit actuelle ou passée, quel que soit le sexe des partenaires, leur lieu de vie et la forme juridique de leur union (mariage, PACS, concubinage ou union libre) ».

Le coût économique annuel des violences conjugales est évalué à 2,5 milliards d'euros, ce qui constitue un véritable enjeu de santé publique. Selon l'OMS, la prise en charge ambulatoire d'une femme victime de violences conjugales coûte 2,5 fois plus cher à la société que celle des autres femmes (15) (21). Une prise en charge plus précoce et plus adaptée, permettrait de limiter les conséquences sur la santé des femmes et de leurs enfants, mais aussi de limiter les coûts pour la société.

Selon l' « Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France » (ENVEFF), un quart des femmes victimes de violences se confient en premier recours à un médecin (3).

Dans ce travail de thèse, je n'utiliserai volontairement pas le terme de « femmes battues » qui est réducteur car les violences verbales et psychologiques tiennent une grande place au sein des violences conjugales. D'autre part, le terme violences conjugales est utilisé au sens large de violence au sein du couple, cela ne concerne pas uniquement les couples mariés mais aussi les couples pacsés ou en concubinage.

II.2. Les différentes études françaises

En France, la première enquête de grande envergure réalisée sur le sujet est l'« Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France » (ENVEFF) pilotée par le secrétariat d'Etat aux droits des femmes. Elle a été réalisée de mars à juillet 2000 auprès de 7 000 femmes âgées de 20 à 59 ans, résidant en France métropolitaine dont les noms ont été tirés au sort, l'enquête a été menée par voie téléphonique, la réponse à chaque questionnaire a duré en moyenne 40 minutes. Pour chaque situation, il y avait une évaluation sur les 12 derniers mois puis sur toute la vie. Celle-ci a démontré qu'une femme sur 10 avait été victime de violences conjugales au cours de l'année précédant l'enquête et cette fréquence était homogène quelle que soit la catégorie socio-professionnelle. Plus précisément, il s'agissait de 24,2% de pressions psychologiques, 4,3% d'insultes, 2,5% d'agression physique, 1,8% de chantage affectif, 0,9% de viols et autres pratiques sexuelles imposées. Les femmes les plus jeunes de 20 à 24 ans étaient deux fois plus exposées. Lors de cette enquête, de nombreuses femmes en ont parlé pour la première fois et seules 24% des femmes victimes avaient eu recours à leur médecin. Les femmes qui avaient été victimes de violences dans l'enfance étaient 4 fois plus à risque de subir des violences conjugales, le fait d'être au chômage, de prendre des médicaments psychotropes et la notion d'alcoolisme dans le

couple étaient des facteurs aggravants. En outre, cette enquête a démontré qu'aucune catégorie sociale n'était épargnée. (3)

L'enquête nationale sur les violences envers les femmes a démontré que les femmes qui en sont victimes se confient en premier lieu au médecin (dans 24 % des cas).

Tableau 2 - Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences conjugales au cours des 12 derniers mois selon la situation de couple au moment de l'enquête (en %)

Type de violence	En couple (n=5 793)	Plus en couple (n=115)	Ensemble (n=5 908)
Insultes et menaces verbales	4,0	14,8	4,3
- dont répétées	1,6	8,1	1,8
Chantage affectif	1,7	8,2	1,8
Pressions psychologiques	36,5	59,4	37,0
- dont répétées	23,5	52,4	24,2
- dont harcèlement moral (1)	7,3	27,3	7,7
Agressions physiques	2,3	10,2	2,5
- dont répétées	1,3	6,9	1,4
Viols et autres pratiques sexuelles imposées	0,8	1,8	0,9
Indice global de violence conjugale (2)	9,5	30,7	10,0

(1) Avoir subi plus de trois faits constitutifs des pressions psychologiques dont l'un au moins a une occurrence fréquente.
(2) Avoir subi du harcèlement moral ou des insultes répétées, ou du chantage affectif, ou des violences physiques ou sexuelles.
Champ : femmes de 20 à 59 ans ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête.
Source : enquête Enveff, 2000.

Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des VC dans l'enquête ENVEFF (3)

Puis une nouvelle enquête nationale intitulée VIRAGE : « Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et les hommes » a été réalisée. Il s'agit d'une enquête téléphonique de grande envergure auprès de 27 268 personnes âgées de 20 à 69 ans, menée de février à novembre 2015. Cette enquête révèle que chaque année, en France, 580 000 femmes et 197 000 hommes de 20 à 69 ans sont victimes d'au moins une agression sexuelle, 62 000 femmes sont victimes d'un viol ou tentative de viol. Les espaces privés sont les principaux lieux des viols et tentatives de viols, 1,6 % des femmes âgées de 20 à 69 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire ont subi des violences sexuelles par un membre de la

famille ou un proche, 1,4 % au sein du couple, 0,9 % au sein de l'espace public et 0,25 % au travail ou au cours de leurs étude (22) (23).

L'estimation du nombre de femmes violées sur une année était de 50 000 et la proportion de femmes en situation de violences conjugales était de 10% (22).

Proportion des femmes et hommes ayant subi des agressions sexuelles sur les 12 derniers mois, issu de l'enquête VIRAGE (22)

Catégorie juridique	Femmes			Hommes		
	%	n	Effectif estimé de victimes	%	n	Effectif estimé de victimes
Viol et tentative de viol⁽¹⁾	0,31	15 556	62 000 [38 000-86 000]*	0,01	11 712	2 700 [0-6 000]*
- Parmi les 20 à 34 ans	0,45	2 953	25 600	ns	2 953	ns
- Parmi les 35 à 49 ans	0,41	4 738	26 100	ns	4 738	ns
- Parmi les 50 à 69 ans	0,13	7 865	10 300	ns	7 865	ns
Autre agression sexuelle⁽²⁾	2,76	15 556	553 000 [483 000-622 000]*	0,97	11 712	185 000 [143 000-227 000]*
- Parmi les 20 à 34 ans	5,36	2 953	303 000	1,47	2 953	81 000
- Parmi les 35 à 49 ans	2,60	4 738	170 000	1,10	4 738	70 000
- Parmi les 50 à 69 ans	1,02	7 865	80 000	0,46	7 865	34 000
Toute catégorie juridique⁽³⁾	2,90	15 556	580 000⁽⁴⁾ [509 000-651 000]*	1,03	11 712	197 000⁽⁴⁾ [154 000-240 000]*
- Parmi les 20 à 34 ans	5,50	2 953	311 100	1,52	2 953	84 000
- Parmi les 35 à 49 ans	2,84	4 738	185 900	1,16	4 738	73 600
- Parmi les 50 à 69 ans	1,06	7 865	83 200	0,54	7 865	39 400

Source : Ined, enquête Virage 2015.

Champ : Femmes et hommes âgé.e.s de 20 à 69 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire.

Notes : 1. Soit 50 000 femmes victimes de viols et 33 000 de tentatives de viol, un nombre important de victimes ayant subi les deux faits. De même, 2 400 hommes ont déclaré des viols et 1 000 des tentatives.

2. Hors harcèlement sexuel, exhibitionnisme et autre acte et pratique sexuelle forcée.

3. Y compris autre acte et pratique sexuelle forcée, mais hors harcèlement sexuel et exhibitionnisme.

4. Une personne pouvant avoir déclaré plusieurs faits de catégories différentes, ce chiffre n'est pas égal à la somme des catégories.

* intervalle de confiance à 95 %.

II.3. Les études internationales

Tout d'abord, une enquête européenne a été réalisée de 1995 à 1996 sur 59 maternités dans 16 pays, 2,7% des femmes ayant accouché prématurément avaient subi des VC (contre 1,7% des femmes ayant accouché à terme). La fréquence des VC était plus importante dans les pays

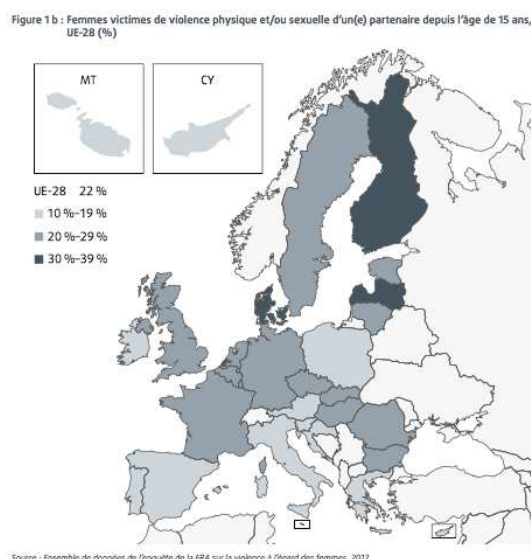
d'Europe de l'Est. La fréquence augmentait avec le jeune âge de la femme, l'inactivité du conjoint, leur non cohabitation ou la séparation du couple pendant la grossesse.

L'Etude menée par le Center for Health and Gender Equity en 1999 (24) dans près de 40 pays (d'Afrique, d'Asie, d'Europe et d'Amérique) met en évidence qu'au moins une femme sur trois est battue, contrainte à des rapports sexuels ou maltraitée au cours de sa vie (25).

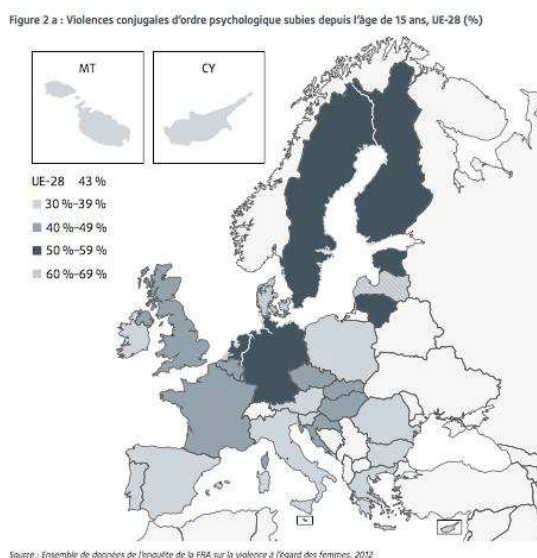
Le « Rapport de la Commission sur l'égalité des chances pour les femmes et les hommes » de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe du 17 juillet 2002 concluait que chaque semaine, une femme est tuée par son mari ou son concubin en Europe (26) cependant cette estimation diffère des enquêtes plus récentes où le chiffre d'une femme tuée tous les 3 jours apparaît le plus souvent.

Une étude européenne plus récente a été réalisée en 2012 menée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA), il s'agissait d'entretiens en face à face, elle incluait 42 000 femmes au total. Dans chaque état membre de l'Union Européenne, un minimum de 1 500 femmes âgées de 18 à 74 ans ont participé à l'enquête. Celle-ci a révélé que 13 millions de femmes dans l'UE étaient victimes de violence physique au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, ce qui correspondait à 7 % des femmes âgées de 18 à 74 ans dans l'UE et que quasiment une femme sur 2 avait été victime de violences psychologiques au cours de sa vie. De plus, le nombre de femmes dans l'UE victimes de violence sexuelle au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête était estimé à 3,7 millions, correspondant à 2 % des femmes âgées de 18 à 74 ans dans l'UE. Une femme sur 20 avait été violée depuis l'âge de 15 ans jusqu'à la date de l'enquête. Le cyber-harcèlement touchait également 20% des femmes interrogées âgées de 18 à 29 ans (tranche d'âge la plus touchée) (27).

Victimes de violences physiques et / ou sexuelles depuis l'âge de 15 ans dans l'Union Européenne (27)



Victimes de violences conjugales d'ordre psychologiques, subies depuis l'âge de 15 ans dans l'Union Européenne (27)



Une étude s'intitulant : « Epidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux » (28) se basait sur des recherches bibliographiques menées dans Pub Med et des sites institutionnels en 2012 et 2013, elle a ensuite été remise à jour en 2015. Elle avait pour objectif la réalisation d'une synthèse sur l'ensemble des publications scientifiques disponibles concernant l'épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux : notamment leur

nombre et répartitions (géographique, sociodémographique, économique), leurs facteurs de survenue, leur évolution dans le temps, le devenir des personnes (victimes, auteurs) et de leur proches, leur influence sur la santé, leur coût individuel et collectif (un tableau issu de cette étude est disponible en Annexe 1) (28).

En outre, une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé montre que 38,6% des homicides de femmes et 6,3% des homicides d'hommes ont été commis par un partenaire intime. Les femmes victimes de violences conjugales auraient globalement 60% de problèmes de santé en plus (4) comparées aux femmes qui n'en sont pas victimes.

En Angleterre, un rapport de la police métropolitaine d'octobre 2000, a révélé qu'un crime domestique était perpétré toutes les 6 secondes au Royaume-Uni (29).

Une mise au point de l'Association Médicale Américaine, réalisée aux Etats-Unis à partir de 1992, démontrait d'une part que 20% des femmes adultes et 12% des adolescentes ont été victimes d'actes sexuels accompagnés de violences durant leur vie et que ces actes étaient plus souvent le fait de leur partenaire ou ancien partenaire et d'autre part que 20% à 30% des femmes interrogées avaient été victimes de violences conjugales au cours de leur vie (30). Dans une étude de décembre 1999, Kyriacou et ses collaborateurs mettent en évidence que les violences domestiques sont la cause la plus fréquente des blessures non mortelles observées chez les femmes, en effet selon cette étude elles seraient à l'origine de 22% de toutes les formes de blessures, de 9% des blessures graves et de 30% des homicides des femmes (31).

En Espagne, la Secrétaire d'Etat aux Affaires Sociales a révélé le 3 février 2000, à l'issue d'une enquête portant sur plus de 20 000 femmes âgées de 18 ans ou plus, que 14,2 % des femmes interrogées avaient été victimes de « violences domestiques » au moins une fois au cours de leur vie et que pour 4,2 % d'entre elles, les violences avaient été répétées. Le terme de « terrorisme conjugal » a été utilisé (29). Selon une étude plus récente réalisée en Espagne en 2017, quasiment 1 femme espagnole sur 5 aurait été victime de violences physiques ou sexuelles dans sa vie.

II.4. Les différentes formes de violences

Les violences conjugales recouvrent différentes formes. Il y a en effet les violences physiques qui sont les plus connues et les plus « visibles », mais aussi les violences psychologiques et verbales, économiques et sexuelles. Celles-ci peuvent être épisodiques, ponctuelles ou au contraire et plus fréquemment chroniques et répétitives. Toutefois, la distinction entre ces différentes formes de violences est floue car souvent elles s'entrecroisent (18) (32).

Les violences psychologiques sont des comportements et des propos répétés visant à dévaloriser, humilier, mépriser, intimider, menacer, harceler, isoler ou contrôler le partenaire. Cette maltraitance est « très subtile et ses limites sont imprécises » (18) (33).

Les violences verbales s'expriment à travers des mots (menaces, sarcasmes, cris, insultes) et la façon de les dire (tonalité et débit de parole). Ce sont « la durée, la répétition et l'asymétrie des comportements dans la relation qui font la violence psychologique ». A travers l'image « d'incompétence » que lui renvoie son compagnon, la victime « perd progressivement confiance en elle, elle s'isole », a honte, « n'ose plus prendre d'initiatives » et accepte passivement ce qui arrive. Cela peut conduire à la dépression, à l'alcoolisme ou l'abus de médicaments puis même au suicide (18) (33).

Les violences physiques regroupent toutes les agressions physiques : bousculade, empoignement, claques, coups, brûlures, jusqu'à l'homicide (18).

Dans le cas de violences économiques, le conjoint peut contrôler les comptes bancaires et les moyens de paiement, refuser de donner de l'argent, jusqu'à s'approprier toutes les ressources du couple, créant ainsi une « dépendance matérielle ». Il peut également s'agir d'empêcher l'autre d'avoir un travail ou de contracter des dettes à son insu (18) (33).

Les violences administratives sont le fait de confisquer des documents importants tels que les papiers d'identité, la carte vitale, le livret de famille pour empêcher la victime de partir (18).

Les violences sexuelles comportent non seulement les sévices sexuels, le harcèlement sexuel et l'exploitation sexuelle, mais également les relations sexuelles non désirées par la conjointe. Il peut s'agir de « pratiques sexuelles imposées, de relations sexuelles sous contrainte dans le cadre d'un viol conjugal ou même de prostitution » (18) (33). Les victimes ont souvent du mal à en parler parce qu'elles ont encore la notion de « devoir conjugal ».

Le médecin généraliste est le plus souvent le premier interlocuteur, il est donc un acteur privilégié dans la chaîne de la prise en charge (5)(34)(21)(35).

II.5. Le cycle des violences conjugales

En 1979, Lenore Walker décrit la violence conjugale comme « une succession de comportements qui une fois installés deviennent prévisibles ». Selon sa théorie, le processus se déroule en quatre phases qu'elle intitule « le cycle de la violence » (36). Sur le site declicviolence.fr, ce cycle répété est également appelé « spirale infernale » (32).

La première phase consiste en **l'accumulation des tensions** : il s'agit de menaces, d'épisodes de colère qui augmentent progressivement, ce qui instaure un « climat de tension ». La victime sait qu'une crise est imminente, essaye d'arrondir les angles, de satisfaire le conjoint et d'avoir une attitude parfaite pour améliorer le climat (32)(33).

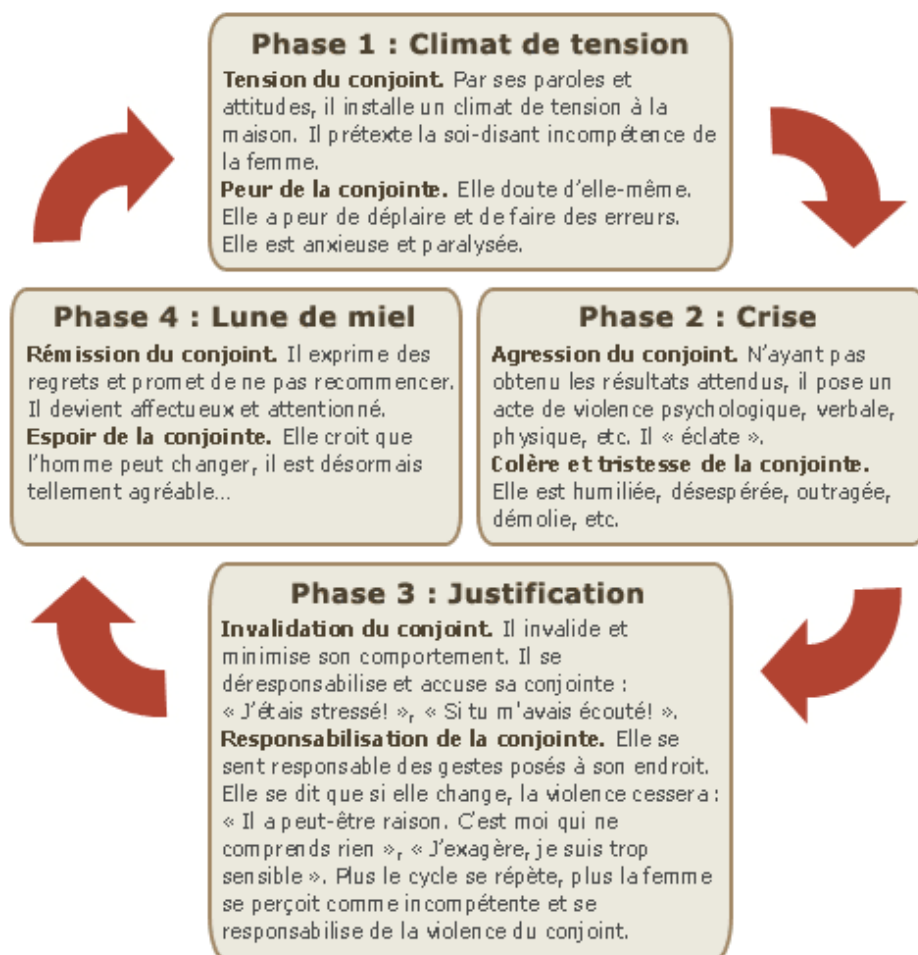
La deuxième phase est **la crise de violence** : il s'agit de l'épisode de violence en lui-même (verbal, physique ou sexuel), la victime a un sentiment de peur et de terreur. Elle est triste et humiliée et se sent impuissante (33).

La troisième phase est celle de **justification**, de **déresponsabilisation** : l'agresseur se déresponsabilise, minimise et banalise les faits et culpabilise sa victime. La victime peut finir par se sentir responsable de la situation, de penser qu'elle a mérité cette agression. Elle a un sentiment de honte et de culpabilité (32)(33).

La quatrième phase est **la lune de miel** : l'agresseur s'excuse pour son acte de violence, promet de ne plus recommencer et demande pardon. La victime reprend espoir, se dit qu'il s'agit d'un accident de parcours et le couple peut refaire des projets. La femme retrouve l'homme tel qu'elle l'a connu au début de leur relation, il est gentil, lui offre des cadeaux, promet de se soigner (32)(33).

Au fil des années, les périodes de lune de miel deviennent de plus en plus courtes puis finissent même par disparaître (18).

Ce cycle peut également expliquer pourquoi parfois les victimes portent plainte lors de la 2^e phase du cycle puis la retire lors de la 4^e phase de lune de miel (18).



Source image : Institut National de Santé Publique du Québec (37)

Le cycle de la violence (36)

Il faut savoir faire la différence entre les violences conjugales et les conflits conjugaux ou autres disputes de couple. Les violences conjugales représentent « une atteinte volontaire à l'intégrité de l'autre, une emprise, un conditionnement dont il est difficile de sortir ». Les faits ne sont pas isolés ou accidentels, il existe une forme de régularité, les comportements violents se répètent et alternent avec des moments d'accalmie. Il existe un caractère cyclique, ce n'est pas un événement ponctuel comme lors d'une dispute, pouvant elle aussi être violente (18) (32).

L'agresseur a une emprise sur sa victime. En effet, pour supporter la situation, la victime passe par plusieurs étapes : le déni, la minimalisation, la banalisation, la disculpation et pour réduire les risques : le repli, le contournement, la résistance, la rupture (33).

Le transfert de responsabilité se met en place sur plusieurs années, il est difficile de revenir en arrière et de faire comprendre à la femme qu'elle n'est ni nulle ni incapable.

La victime n'a souvent plus de réseau social, plus de contact avec sa famille et ses amis, elle a un sentiment de honte et de mésestime d'elle-même.

II.6. Les obstacles qui empêchent les victimes de parler

Les obstacles empêchant les victimes de parler mis en évidence dans les différentes études et thèses réalisées (38)(39)(40) sont la peur des représailles, du jugement, de ne pas être crue et comprise, la peur de l'intervention de la police et de la justice, mais aussi la honte, le désespoir et le déni car un certain nombre de ces femmes sont « sous emprise », de ce fait elles ne peuvent pas reconnaître ce qu'elles sont en train de vivre et la perte d'autonomie et de capacité de jugement les empêchent de parler. Il y a aussi le problème du secret : les violences au sein de la famille sont souvent un secret bien gardé, un sujet tabou et d'autant plus lorsque la catégorie sociale est élevée.

On peut également citer comme obstacle la méconnaissance de ces femmes des conséquences des violences conjugales sur leur santé et celle de leurs enfants ainsi que la méconnaissance des liens

entre leurs plaintes souvent répétées et les violences qu'elles subissent. En outre, elles ont probablement aussi la vision du médecin généraliste qui manquerait de temps et qui ne prendrait en charge que les problèmes biomédicaux, en effet l'attitude du médecin n'est pas toujours engageante s'il manque de temps, d'attention ou d'écoute ou lorsque la confiance n'est pas encore assez développée. Par ailleurs, le généraliste peut être également le médecin traitant du partenaire violent. En outre, elles peuvent avoir eu de mauvaises expériences antérieures avec des professionnels de santé (38)(39).

II.7. Pourquoi les médecins généralistes devraient-ils poser la question ?

La thèse de Dupré O. : « Les femmes victimes de VC demandent de l'aide à leur médecin généraliste : quelles sont leurs attentes : revue de la littérature » (39) réalisée du 20 octobre 2015 au 7 janvier 2016 révèle d'une part que 5 études de la recherche mettent en évidence qu'effectivement les femmes souhaitent être interrogées et que d'autre part sur les 10 études mentionnées, aucune ne mentionne l'inverse donc cette question devrait être posée par le médecin traitant et répétée dans le temps si la suspicion de violence conjugale est toujours présente. Dans plusieurs études, des femmes qui consultaient pour un motif lambda (sans intention de parler des violences conjugales), avaient finalement dévoilé les violences dont elles étaient victimes tout simplement parce que la question avait été posée. Peu de femmes en parlent spontanément. Les victimes ont souvent besoin de cette question car elles ne trouvent pas le courage d'aborder elles-mêmes le sujet des violences conjugales, cependant les médecins ont peur d'interroger et d'investiguer sur un sujet aussi épineux.

La thèse de Woimant M. « Modalités de repérage des patientes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes » (41) montre que les femmes victimes de VC sont favorables au repérage systématique et reconnaissent au praticien un rôle de soutien et d'aide.

L'étude du BMC Women's health réalisée à partir de 2012 (42) va même plus loin dans la réflexion en rapportant que les femmes ont souvent besoin de cette question car elles ne trouvent pas le courage d'aborder elles-mêmes le sujet des VC. Mais les médecins ont peur de poser cette question par « manque d'habitude, défaut de connaissance et de formation, peur de la réponse, manque de temps » et par crainte de ne pas savoir quoi faire en cas de réponse positive.

Le rapport Henrion (15) va également dans ce sens en recommandant de « sensibiliser les médecins et les professionnels de santé, les inciter à dépister les violences conjugales au moindre soupçon, mettre à leur disposition des fiches techniques simples rappelant les questions à poser pour dépister les violences, la manière de rédiger les certificats, l'importance d'évaluer la gravité de la situation et d'orienter la patiente au mieux de ses intérêts, organiser des formations multidisciplinaires sur le sujet pour tous les professionnels de santé ». Le rapport de Fontanel M., Pelloux P. et Soussy A. pour la définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences de 2014 (21) rappelle également ces recommandations.

II.8. Obstacles et freins au dépistage des VC par le médecin généraliste

Ce qui ressort des thèses ou des études publiées à ce sujet est le manque de sensibilisation et de connaissances de cette problématique par les médecins généralistes (15)(10)(11)(12)(13). Souvent la prévalence des violences conjugales est mal connue ou est sous-estimée. Certains médecins ont tendance à banaliser ce problème, notamment en confondant les conflits conjugaux et les violences conjugales. Parfois, ils ont des stéréotypes des victimes et des auteurs de violences et ceci est un frein à leur repérage. La méconnaissance de certains types de violences, des signes d'alerte, des conséquences et de leur gravité s'ajoute à la difficulté de leur dépistage. En outre, pour nombre d'entre eux, il existe un flou médico-légal concernant la rédaction du certificat et la détermination de l'ITT (incapacité totale de travail), ainsi qu'une méconnaissance de la notion de « circonstance aggravante » dû au caractère « conjugal » des violences (33).

Ces violences sont souvent considérées comme un tabou pour le médecin ou une intrusion dans la vie privée. La position du médecin de famille est délicate notamment lorsqu'il suit toute la famille y compris le conjoint et les enfants, certains mettent en exergue la peur des représailles du conjoint. De plus, la question peut également être difficile à poser lorsque la patiente est connue de longue date par le médecin. D'autres ont peur des retombées judiciaires. De temps en temps, les limites du secret professionnel peuvent être difficiles à cerner (7).

Par ailleurs, il faut aussi simplement tenir compte des problèmes matériels tels que le manque de temps et de disponibilité mais aussi « les sentiments d'impuissance, d'échec et de frustration qui naissent face à l'absence apparente de changement de situation et à la réversibilité des décisions prises par les victimes » (32). En effet, le médecin peut être mal à l'aise face à l'ambivalence des victimes. En posant la question, le médecin a peur d'offenser la patiente, peur de sa réaction et de l'«après», de ne pas savoir quoi dire ou faire après de telles révélations, de mettre à jour des situations douloureuses et dérangeantes ou de soulever un problème dont la patiente ne se plaignait pas (7).

Il existe souvent un manque d'expérience et de compétences ainsi qu'un manque d'outils adaptés pour le dépistage et le suivi : guide, recommandations, support d'information, un manque de formation (initiale et continue qui est inexistante ou incomplète), associé à une méconnaissance du réseau local d'aide spécialisée et un sentiment d'isolement. Dans la thèse de Quenot M. « Repérage, en Médecine Générale, des violences conjugales faites aux femmes. À propos d'une enquête en Haute Garonne », la majorité des MG questionnés (90%) estimait être mal formée et mal informée sur le repérage des violences faites aux femmes (8). En Alsace les thèses de Lauga-Perrot A. en 2009 (12) et de Bounoure A. en 2010 (38) ainsi que plusieurs thèses plus récentes dans toute la France dont celles de Coy C. (43), Barosso Debel M. (7) et Bures J. (9) aboutissent à la même conclusion : la nécessité de développer la formation des médecins

généralistes sur ce sujet afin d'augmenter leur sensibilité à ce problème et leur donner les outils pour pouvoir décrypter les plaintes de patientes.

En effet, nous pouvons citer l'exemple de la thèse de Coy C. (43) de 2005 qui conclut sur la nécessité de « développer la formation des médecins sur ce sujet afin d'augmenter leur sensibilité à ce problème et leur donner les outils pour pouvoir décrypter les plaintes de patientes. ». Dans sa thèse de novembre 2006, « Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire » (11), Poyet-Poullet A. conclut par cette phrase : « Le médecin généraliste, comme interlocuteur privilégié des patients victimes de violence, doit jouer un rôle central dans l'organisation de leur prise en charge. C'est au travers des formations qu'il peut acquérir les compétences nécessaires ». Dans l'étude de la thèse de Lauga Perrot A. « Le médecin généraliste face au dépistage et à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales » (12), 2/3 des médecins pensent ne pas avoir été suffisamment bien formés ou informés et plus récemment celle de Quenot M. (8) de 2016 montre que les médecins ont encore des difficultés à repérer ces femmes du fait d'un manque de formation et d'un travail en réseau insuffisant, sa conclusion est que « le développement de la FMC sur le sujet apparaît comme le moyen le plus adapté aux médecins généralistes pour améliorer le repérage de ces femmes ».

Le Collectif des droits des femmes interpelle les autorités et les institutions pour qu'elles mettent à la disposition des professionnels de santé des moyens et des outils efficaces pour améliorer la prise en charge de ces femmes car « beaucoup de professionnels n'ont pas conscience de l'ampleur du problème des VC », « la sensibilisation et la formation des professionnels sont primordiales et demeurent insuffisantes » (44).

II.9. Repérage des signes d'appel de violences conjugales

Les facteurs de risques et les facteurs aggravants à rechercher chez ces patientes sont les antécédents de violences familiales dans l'enfance, la séparation récente, la grossesse, l'isolement social, l'âge inférieur à 25 ans, l'inactivité ou l'instabilité professionnelle, la consommation d'alcool dans le couple, les consultations fréquentes, le retard à consulter, les oublis de rendez-vous, les problèmes d'observance (traitement, conseils) et l'incohérence dans le récit (32)(18)(8)(45).

Les plaintes qui peuvent nous orienter peuvent être des plaintes vagues et inexpliquées, des symptômes physiques chroniques inexpliqués tels que des douleurs (pelviennes, lombaires, abdominales, céphalées), une asthénie, des symptômes physiques multiples, etc.

Les signes psychiques qu'on peut retrouver sont l'anxiété, les troubles du sommeil, les idées suicidaires, les addictions, les troubles du comportement alimentaire.

Les signes physiques à rechercher sont les blessures et les traumatismes inexpliqués ou répétés, les douleurs chroniques : pelviennes, lombaires, abdominales, les céphalées, l'asthénie mais aussi une maladie chronique déséquilibrée.

Sur le plan gynécologique, on peut rechercher les grossesses non désirées, les IVG et IST répétées et les douleurs pelviennes.

Par ailleurs, un comportement du partenaire trop attentionné, trop intrusif ou agressif peut éveiller les soupçons (32).

II.10. Des pistes pour aborder le sujet des violences conjugales

Comme l'explique le site de clic violence.fr (32), en présence de signes d'alerte, quels qu'ils soient, on peut suggérer un lien possible entre ce qu'il se passe au domicile actuellement ou dans le passé et les signes actuels avec des phrases telles que : « J'ai vu des femmes avec des problèmes comme

les vôtres qui traversent des difficultés à la maison. » ou « Parfois, ce type de plaintes (ou symptômes) peut-être lié à du stress, des tensions, des agressions ou de la violence à la maison. »

Lorsqu'il n'y a pas de signe particulier et que la question est abordée à titre systématique, il est possible de dire : « Beaucoup de femmes rencontrent des problèmes avec leur mari ou leur partenaire, ou quelqu'un d'autre avec qui elles vivent. » ou « Avez-vous déjà subi des violences au cours de votre vie ? » (32)

II.11. Les 4ème et 5ème plans interministériels

Le quatrième plan interministériel (2014-2016) (5) annonçait que la priorité de santé publique était la prévention des violences faites aux femmes. Ce plan s'appuyait sur plusieurs dispositifs : le renforcement de l'ordonnance de protection, le développement de la plateforme d'écoute 3919, l'augmentation des lieux d'hébergement, la mise en place du téléphone grave danger et l'augmentation du nombre des intervenants sociaux en commissariats et en brigades de gendarmerie.

« Depuis 2012, le Gouvernement agit avec détermination pour faire reculer les violences faites aux femmes et mieux protéger les victimes. Des progrès considérables ont été réalisés grâce au 4ème plan de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016). Les violences sont mieux repérées et les victimes mieux prises en charge : le 3919 écoute et oriente toujours plus de femmes (50 000 appels par an en moyenne) ; 327 lieux d'écoute de proximité sont recensés ; 1 550 places d'hébergement ont été créées (94% de l'objectif à atteindre en 2017) ; 530 téléphones grave danger (TGD) ont été déployés dans les territoires ; plus de 300 000 professionnel(le)s ont été formé(e)s. Les violences faites aux femmes sont désormais mieux connues et davantage dénoncées. La tolérance sociale diminue. » (6)

Le 3919 est le numéro national d'appel pour les violences faites aux femmes (46), un paragraphe spécifique lui sera dédié dans la partie « V) Discussion et perspectives », un paragraphe spécifique sera également développé sur le téléphone grave danger.

Le 5ème plan de mobilisation et de lutte contre les violences actuellement mis en œuvre (2017-2019) (6) permettra à toutes les femmes victimes de violences, « d'accéder à leurs droits, le droit d'être protégées, le droit d'être accompagnées pour sortir des violences et se reconstruire ».

Le 5ème plan a d'une part pour objectif de renforcer et de rendre plus visibles les dispositifs d'écoute et d'accompagnement, de sécuriser le financement de la plateforme d'écoute « 3919 », de mettre en place un annuaire national des structures accompagnant les femmes victimes de violence, de renforcer les lieux d'écoute, d'accueil, d'orientation et les accueils de jour, de renforcer le site <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/> et de diffuser des dépliants d'information dans les lieux accueillant du public.

D'autre part, il a aussi pour but de faciliter l'orientation vers les dispositifs d'écoute et d'accompagnement, notamment par la formation des professionnels qui constituent le premier recours des femmes victimes de violences, de consolider le dispositif des intervenants sociaux en commissariats et gendarmeries (ISCG) à hauteur de 358 postes, de consolider le dispositif des référents « violences faites aux femmes » au sein des services d'urgences, de former l'ensemble des professionnels au contact des femmes victimes de violences, de pérenniser les postes de « référent départemental pour les femmes victimes de violences au sein du couple ». (6)

Un autre objectif est de proposer une réponse adaptée aux besoins d'hébergement des femmes victimes de violences, d'accroître l'offre d'hébergement d'urgence pour parvenir à 2 000 places dédiées aux femmes victimes de violences, de poursuivre le conventionnement entre les Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO) et les associations spécialisées, d'améliorer la connaissance sur les besoins et l'offre en matière d'hébergement des femmes victimes de

violences, de repérer et d'accompagner les femmes victimes de violences conjugales dans les centres d'hébergement et de former les professionnels du secteur de l'hébergement.

En outre, un autre objectif était de faciliter l'entrée dans le parcours judiciaire c'est-à-dire de poursuivre le signalement systématique aux autorités judiciaires des situations inquiétantes révélées dans les commissariats et gendarmeries, de remettre systématiquement à la victime un exemplaire de sa plainte, de consolider l'harmonisation et l'amélioration des statistiques administratives relatives aux violences faites aux femmes, de reconnaître le sexisme comme circonstance aggravante de tous les crimes et délits et de permettre aux ayants-droits de victimes décédées de se constituer partie- civile.

II.12. Les principales lois concernant les violences conjugales

II.12.1. Le droit pénal

Depuis la loi du 22 juillet 1992 du Code Pénal, les **violences conjugales sont considérées comme un délit**. Ainsi, si des violences sont commises par le conjoint ou le concubin et même si elles n'ont pas entraîné de jour d'ITT, elles sont passibles du tribunal correctionnel car **la qualité de conjoint ou concubin représente une circonstance aggravante**.

La loi du 4 avril 2006 Art 222-22 alinéa 2 du Code pénal reconnaît le **viol entre époux ou (ex-) partenaire**. Le viol entre époux a seulement été reconnu en 1990 par un arrêt de la Cour de Cassation et ce n'est qu'en 1992 que la loi établit comme « circonstance aggravante » le viol par un partenaire intime.

La loi du 9 juillet 2010 crée également le **délit de harcèlement moral au sein du couple** à l'article 222-33-2-1 du Code Pénal.

II.12.2. Le droit civil

La loi du 26 mai 2004 relative au divorce : il s'agit de la mise en place au civil pour les couples mariés de **mesures d'éloignement du conjoint violent** avant l'engagement d'une procédure de divorce, l'époux victime de violences conjugales peut saisir en urgence le juge aux affaires familiales pour demander l'éviction de son conjoint : obtention d'une résidence séparée et attribution du domicile conjugal.

La loi du 4 avril 2006 renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple : avec les articles 212 et 144 du Code civil, **la notion de couple est élargie, incluant mariage, PACS et concubinage** et étend le champ d'application de la **circonstance aggravante** à de nouveaux auteurs : les **partenaires PACS, les ex-conjoints et ex-concubins**. Elle **élargit l'éloignement de l'auteur** en étendant l'interdiction du domicile à tous les stades de la procédure pénale aux personnes liés par PACS ainsi qu'aux « ex » avec **sanction immédiate en cas de non-respect** de cette interdiction.

La loi du 9 juillet 2010 crée l'**Ordonnance de protection pour les victimes de VC en cas de péril imminent** ou les personnes menacées de mariage forcé, et la sanction de sa violation.

II.13. Formations sur les violences conjugales proposées en Alsace

Lors du deuxième cycle, la violence faite aux femmes est parfois mentionnée, néanmoins sans avoir un item spécifique. On peut en entendre parler lors de l'**item numéro 55** (version d'après la réforme de 2016) : « Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile ». Elle peut aussi être mentionnée dans l'**item 9** sur les certificats médicaux lorsqu'on parle du certificat médical initial de coups et blessures.

Depuis 2 ans, il existe une formation optionnelle au troisième cycle : « **FO23 : Violence conjugale/maltraitance** » proposée par le DMG de Strasbourg qui est réalisée en association avec

SOS Femmes Solidarité et qui est divisée en 2 parties : le matin sur les violences conjugales et l'après-midi sur la maltraitance faite aux enfants. La matinée comporte d'abord une partie théorique avec des rappels sur les différentes formes de violences, le cycle de la violence, quelques informations concernant le CHRS Flora Tristan et l'accueil de jour de SOS Femmes Solidarité puis une partie de mise en pratique avec plusieurs jeux de rôles avec des situations de violences conjugales pour savoir comment les internes se comportent face à cette mise en situation et une partie de débriefing pour les aider à se sentir plus à l'aise. Il existe également un atelier au sein de la **FO 04a « Santé de la femme »** qui s'intitule : « comment dépister les violences conjugales », sur un temps de 90 minutes.

En ce qui concerne la formation médicale continue (FMC), il existe une formation gratuite AGJIR (18) en association avec SOS Femmes Solidarité mais les invitations sont diffusées par email aux jeunes médecins remplaçants et jeunes installés adhérents au syndicat AGJIR donc tout le monde ne reçoit pas la proposition pour participer à cette formation, notamment les médecins installés depuis quelques années (cf. Annexe 11).

Il existe également une formation gratuite proposée par le CIDFF67 (33): « Formation sur les violences faites aux femmes à destination des professionnel.le.s de santé » qui se déroule sur 2 journées complètes, avec de nombreux intervenants des associations du CIDFF67, SOS Femmes Solidarité, du Planning Familial mais aussi un médecin légiste, une avocate, un médecin urgentiste référent violence, une assistante sociale, des psychologues de la Police et de la Gendarmerie et une déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité (cf. Annexe 12).

III. Matériel et méthodes

III.1. Bibliographie

Une première recherche bibliographique a été menée aux mois de septembre, octobre et novembre 2016. Elle s'est portée sur la banque de données Sudoc (catalogue du système universitaire de documentation), qui recense les travaux de thèse, sur Pub Med, Google, Google Scholar, sur les sites du Conseil National de l'Ordre de Médecins, à la bibliothèque de médecine de Strasbourg, sur le site des bibliothèques Unistra, dans la Revue du Praticien Médecine Générale, sur les sites internet dédiés aux violences conjugales. Les principaux mots-clés Mesh utilisés ont été : en anglais : spouse abuse, partner abuse, intimate partner abuse, woman abused, domestic violence, primary health care, screening, medical training et en français : violences conjugales, violence faite aux femmes, médecin généraliste, dépistage, formation médicale.

Puis elle a été complétée tout au long de la rédaction de cette thèse.

III.2. Type d'étude

Il s'agit d'une **étude qualitative en entretiens collectifs** ou « **focus group** ».

III.2.1. Méthodologie qualitative

La méthode qualitative a pour objectif de comprendre un phénomène sans vouloir chercher à le quantifier. Il s'agit de recueillir des témoignages et non des données chiffrées purement objectives, de même l'analyse qualitative consiste à extraire du sens de ses données plutôt que de les transformer en statistiques. Cette méthode qualitative par entretiens collectifs, venue à l'origine des sciences sociales, est particulièrement bien adaptée à la recherche en médecine générale (49).

Selon le livre de Paillé et Mucchielli (50) : l'analyse qualitative de sciences humaines et sociales paru en 2012 : « l'analyse qualitative met à profit les capacités naturelles de l'esprit du chercheur

et vise la compréhension et l'interprétation des pratiques et des expériences, plutôt que la mesure de variables à l'aide de procédés mathématiques ».

Une méthode qualitative a été choisie car il existe déjà des thèses quantitatives sur le dépistage des VC par les médecins ainsi que des statistiques sur les femmes victimes de violences conjugales et ce n'est pas ce qui nous intéressait dans ce travail. Nous voulions plutôt comprendre les raisons pour lesquelles les médecins se sentaient mal à l'aise lors de ces consultations, les freins à faire évoluer les pratiques, leurs lacunes au niveau de la formation sur cette thématique et au final leurs idées pour constituer une formation « idéale » pour essayer d'améliorer le dépistage et la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Nous avons choisi le « focus group » car il permet d'avoir une dynamique de groupe (51), il suscite le débat entre les enquêtés permet de recueillir leur point de vue en confrontant en direct les opinions des participants. Dans la mesure où il s'agit d'une discussion, cela permet de préciser et clarifier les idées au moment où elles sont émises (52). « Cela permet non seulement de savoir ce que pensent les participants, mais aussi pourquoi ils le pensent ». Cette méthode permet d'explorer les expériences, les représentations, les comportements, les émotions et les sentiments des médecins interrogés, plutôt que de quantifier des variables (53)(54)(55)(56). Elle ne s'oppose pas à la méthode quantitative mais la complète, elle est utile lorsque les données recueillies sont subjectives et ne peuvent pas être mesurées lors d'une analyse quantitative (57).

Pour savoir quel serait le contenu de la formation idéale, il fallait interroger les médecins à différents niveaux de leur cursus. Cela a été réalisé à travers cette enquête, en réalisant des focus groups d'internes, médecins remplaçants et médecins installés. A travers une série de neuf questions ouvertes, elle tente d'analyser les pratiques actuelles du généraliste et leurs attentes quant à une éventuelle formation.

Il s'agit d'une étude qualitative reposant sur des entretiens collectifs ayant pour sujet l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des violences conjugales faites aux femmes en médecine générale, en Alsace dans le Bas-Rhin, 67.

Les différents focus groups ont été réalisés de septembre 2017 à octobre 2018.

III.2.2. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de définir quel serait le contenu d'une « formation idéale » pour les médecins généralistes pour améliorer leur prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

III.2.3. Objectif secondaire

L'objectif secondaire était de définir quel type de formation pourrait améliorer le dépistage systématique des violences conjugales en médecine générale et de recueillir le ressenti des différents médecins interrogés lors de telles consultations.

III.3. Déroulement des focus groups

La méthode consistait à interroger plusieurs groupes de médecins généralistes de divers horizons dans le Bas-Rhin, à différents moments de leur cursus. Certains étaient encore des internes en médecine générale puis des remplaçants et des médecins installés depuis plus ou moins longtemps.

III.3.1. Le guide d'entretien

Suite à mes recherches bibliographiques, j'ai élaboré un **guide d'entretien** qui est présenté dans les annexes, il s'agit d'un fil conducteur comprenant 9 questions pour avoir des entretiens « semi-structurés ». Il s'agissait d'une trame de questions ouvertes, cohérentes, neutres, faciles à

comprendre comme le demande la méthodologie des focus groups avec une première question « brise-glace » (49) (54). Il permettait de définir le déroulement de chaque focus group tout en restant souple. Le guide d'entretien a ainsi évolué et a été remodelé au fur et à mesure des focus groups.

Les questions qui ont servis de guide d'entretien sont les suivantes :

1. Avez-vous déjà rencontré des femmes victimes de violences conjugales dans votre patientèle (ou vos remplacements ou en stage lors de votre internat) ou du moins l'avez-vous déjà suspecté ?
2. a) Comment vous sentez-vous lors d'une consultation où vous suspectez des violences conjugales ?
- b) Comment peut-on vous aider à vous sentir plus à l'aise lors de ces consultations ?
3. Quels types de violences faites aux femmes connaissez-vous ?
4. Comment se passe le dépistage des violences conjugales pour vous en pratique ? Dépistez-vous de manière systématique ou sur signes d'appel ?
5. Quelles sont les difficultés auxquelles vous avez été confronté en consultation (lors du dépistage des violences conjugales) ?
- 6.a) Quels sont vos partenaires dans la prise en charge des femmes victimes de violences ? En connaissez-vous ?
- b) Utilisez-vous des supports pendant ces consultations ?
7. Quelles formations avez-vous eu sur les violences conjugales au cours de votre cursus ?
8. Quelle serait la formation idéale dans ce domaine pour un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge ?

a) À quel moment ? (2^e, 3^e cycle, formation continue ?)

b) Quel contenu ? Théorique / Pratique ?

c) Quelle durée ?

d) Quelles méthodes de formation ? Ateliers, jeux de rôles, e-learning etc.

9. Comment pourrait-on intéresser les médecins qui ne se sentent pas trop concernés par cette thématique et les amener à participer à une formation ?

III.3.2. Le modérateur

Un **modérateur** était présent lors de chaque focus group pour poser les différentes questions et recentrer les entretiens si ceux-là déviaient trop de leur ligne directrice (49) (50) (52). Un modérateur indépendant a été choisi pour garantir l'objectivité lors des focus groups car je ne pouvais être juge et partie. J'ai confié ce rôle à mon amie Audrey Kaelbel, infirmière diplômée d'Etat, le fait qu'elle ne soit pas médecin permettait de ne pas orienter les débats et de rester impartiale face aux réponses des participants. Elle a été au préalable informée du sujet des focus groups et le questionnaire a été testé avec elle afin qu'elle puisse renseigner les participants en cas de question de leur part lors des entretiens.

Lors de l'introduction du focus group, ce modérateur présentait l'étude aux participants et leur demandait de remplir le court questionnaire quantitatif avec leur âge, sexe, lieu de 2^e et 3^e cycle, date de début d'activité professionnelle et d'installation ainsi que leur mode d'exercice (ou s'ils étaient internes, leur stage actuel). Elle exposait les « règles du jeu » et assurait aux participants l'anonymisation des propos recueillis (49) (55). Le consentement oral de chaque médecin était recueilli en ce qui concerne leur participation à l'étude et l'enregistrement de l'entretien.

Son rôle était de lancer la grille de questions, de relancer de façon neutre le débat, parfois de reformuler les questions afin de s'assurer de la bonne compréhension de tous les participants et de veiller à la participation de chacun, en évitant la monopolisation de la parole (49)(55)(53)(54).

III.3.3. L'observateur

J'avais pour ma part le rôle de l'**observateur**, je ne participais ni à l'animation ni au débat, je me tenais en retrait pour ne pas participer à la discussion (49). Je prenais des notes, enregistrais les focus groups et notais les aspects non verbalisés et relationnels qui peuvent avoir du sens pour l'analyse (54) (49).

III.3.4. L'enregistrement

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux moyens différents : le dictaphone de mon téléphone portable ainsi qu'un deuxième dictaphone indépendant (qui m'aurait servi en cas de panne du premier ou si des propos étaient mal audibles sur le premier enregistrement). En tant qu'observateur pendant les différents focus groups, j'ai complété ces enregistrements d'une prise de notes qui incluait les aspects non verbaux.

III.3.5. La retranscription

Les 4 focus groups ont ensuite été **retranscrits**, dactylographiés dans leur intégralité à l'aide de l'enregistrement par dictaphone, mot pour mot sans correction des erreurs de langage (verbatim) (49) (55) sur le logiciel Microsoft Word pour Mac, version 15.32, elles ont été anonymisées et les aspects non verbaux ont été rajoutés. Une heure de débat a constitué environ 8 heures de retranscription.

Les entretiens retranscrits constituaient de 8 à 19 pages selon les focus groups. Le plus court était celui des internes et le plus long celui des remplaçants en médecine générale.

III.3.6. L'analyse des données

Ensuite nous avons analysé les données transcrites intégralement via une analyse thématique à l'aide d'un tableau Excel. J'ai d'abord lu le verbatim plusieurs fois, codé par groupes de mots porteurs de sens appelés « Unité Minimale de Signification » (UMS) (49)(55)(55), je l'ai d'abord réalisé focus group par focus group puis de manière transversale. Certaines UMS ont été réarrangées puis regroupées pour voir émerger les grands thèmes principaux (55). Mon but étant de dégager un sens des données obtenues en les classant.

L'article « S'approprier la méthode du focus group » de la Revue du Praticien Médecine Générale du 15 mars 2004 (60), décrit bien l'analyse dite de « la table longue » : « le principe de base consiste à analyser les transcriptions de paroles des participants (verbatim) qui sont découpées, classées, comparées et confrontées. Tous ces verbatim sont étiquetés en fonction de l'idée ou du sous-thème qui peut les résumer (« occurrence »). Cela peut être une expression, une phrase significative, un sentiment, un mot clé (...) Les occurrences peuvent être regroupées en grand thème ou grand concept. » (60)

La fréquence de chaque UMS a été notée. Une UMS citée plusieurs fois a été considérée comme une occurrence forte.

« Cette phase de codage permet d'éliminer les « hors sujet », et de pondérer les résultats en notant leur fréquence s'il y a répétition de certains thèmes ou de souligner le non-verbal et l'émotionnel qui y est associé. Il faut éviter tout a priori et ne jamais perdre de vue l'objectif de l'étude. » (54)

Nous avons utilisé la théorisation ancrée (61)(62)(63), une méthode par laquelle « le chercheur s'immerge dans le contexte social du groupe à l'étude pour tenter de parvenir à une compréhension

approfondie du phénomène. Les entrevues ont pour but de connaître le point de vue et les perceptions des acteurs directement impliqués dans le phénomène à l'étude (...) Au fur et à mesure que les hypothèses émergent des analyses et que la théorie se construit, le schéma d'entrevue se modifie et les questions deviennent de plus en plus spécifiques pour permettre de tester les hypothèses. Par conséquent, le guide d'entrevue n'est pas fixe et évolue au même rythme que la théorie. L'une des caractéristiques distinctives de la théorisation ancrée est en effet l'alternance constante entre la collecte et l'analyse des données, c'est-à-dire que l'analyse des données s'effectue au fur et à mesure que les entrevues sont produites. » (61)

Pour réaliser un ancrage du résultat dans les données, l'analyse a été faite rapprochée du focus group et de sa retranscription (49)(50)(55).

Nous avons réalisé une triangulation (64) des données car nous avons les 4 focus groups différents réunissant un total de 25 médecins ainsi qu'une triangulation des investigateurs car le codage des résultats a été réalisé par 2 personnes différentes.

III.4. Population de l'étude

Nous avons ainsi pu procéder à 4 focus groups entre septembre 2017 et octobre 2018, incluant au total 25 médecins. Il s'agissait de 14 femmes et 11 hommes au total.

Le premier focus group incluait 6 médecins remplaçants en Alsace, 3 hommes et 3 femmes entre 29 ans et 33 ans. Le 2^e focus group incluait 6 internes, 3 hommes et 3 femmes entre 25 ans et 30 ans. Le 3^e focus group incluait 7 médecins installés sur le secteur de Sélestat et alentours, 2 hommes et 5 femmes entre 30 ans et 64 ans. Le 4^e focus group était constitué de 6 médecins installés et remplaçants sur le secteur de Strasbourg et alentours, il s'agissait de 3 femmes et 3 hommes, entre 31 ans et 60 ans.

Un court questionnaire quantitatif « âge, sexe, date de début d'activité professionnelle et d'installation, lieu du 2^e et 3^e cycle, mode d'exercice » a été distribué aux participants au début de chaque FG pour caractériser l'échantillon (cf. Annexe 7 : Tableau descriptif détaillé des différents participants aux focus groups).

En ce qui concerne l'éthique, le consentement de tous les médecins interrogés a été recueilli oralement avant le début de chaque enregistrement. L'anonymisation des données a été effectuée lors de chaque retranscription.

Les participants ont été anonymisés de la façon suivante :

- Une lettre correspondant au différents focus groups auxquels ils appartenaient (A pour le focus group des remplaçants, B pour celui des internes, C pour celui des médecins installés à Sélestat et aux alentours et D pour celui des médecins installés et remplaçants à Strasbourg et alentours).
- Puis un chiffre correspondant à l'ordre dans lequel ils ont rempli le court questionnaire en début de focus group (1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7)

Le tableau descriptif détaillé des différents participants aux focus groups est présenté en Annexe 7

Caractéristiques des participants aux différents FG

	Focus group 1 Médecins généralistes remplaçants	Focus group 2 Internes en médecine générale	Focus group 3 Médecins installés Sélestat	Focus group 4 Médecins installés et remplaçants sur Strasbourg	Total
Lieu	Strasbourg	Strasbourg	Sélestat	Strasbourg	
Nombre de participants	6	6	7	6	25
Age moyen	30,33	27	48,57	41,33	36,81
Limites d'âge	[29 ; 33]	[25 ; 30]	[30 ; 64]	[31 ; 60]	[25 ; 64]
Répartition Homme/Femme	3/3	3/3	2/5	3/3	11/14
Répartition du lieu des 2 ^e et 3 ^e cycle Strasbourg/ ailleurs	2 ^e cycle : 4/2 3 ^e cycle : 6/0	2 ^e cycle : 5/1 3 ^e cycle : 6/0	2 ^e cycle : 7/0 3 ^e cycle : 6/1	2 ^e cycle : 5/1 3 ^e cycle : 6/0	2 ^e cycle : 21/4 3 ^e cycle : 24/1
Répartition médecine Urbaine/ Rurale/ Semi-rural	Urbain, semi rural et rural	Hospitalier et stage praticien	Urbain et semi-rural	Majoritairement urbain	

III.4.1. Modalités de recrutement

III.4.1.1. Critères d'inclusion

Les participants étaient tous médecins. Dans le premier focus group, il s'agissait de médecins remplaçants. Dans le deuxième focus group, il s'agissait d'internes. Dans le troisième focus group, il s'agissait de médecins installés, exerçant en libéral en secteur 1, sur le secteur de Sélestat dans le Bas-Rhin. Le quatrième focus group était hétérogène avec des médecins remplaçants et médecins installés dans le secteur de Strasbourg dans le Bas-Rhin.

Tous ces médecins étaient volontaires pour participer au focus group.

Pour le premier focus group, ils ont été recrutés par mon réseau professionnel, une demande a été faite par SMS ou par email à tous mes contacts médecins remplaçants. Les participants internes du deuxième focus group ont d'une part été recrutés lors de la formation optionnelle proposée aux

internes par le DMG : FO23 : Violence conjugale/maltraitance à laquelle j'avais participé, sur la base du volontariat, d'autre part une demande avait également été relayée par certains médecins dans leurs groupes ETM. En ce qui concerne les internes, 5 se sont portés volontaires grâce à ma demande lors de la formation optionnelle FO23 et 5 ont donné suite par les groupes ETM. Quatre internes se sont finalement désistés par manque de temps, de ce fait il ne restait qu'un focus group de 6 au lieu de 2 de 5 (5 personnes étant le seuil minimum pour constituer un focus group).

Pour le troisième focus group, la mailing-list des gardes du secteur de Sélestat a été utilisée pour le recrutement, elle inclue tous les médecins installés sur le secteur (Sélestat, Ebersheim, Scherwiller, Châtenois, Kintzheim) qui a été complétée par une recherche dans les pages jaunes sur toutes les communes autour de Sélestat. Aucun médecin contacté par les pages jaunes n'a souhaité participer au focus group 3 par manque de temps et seuls les médecins que je connaissais de mes remplacements sur le secteur de Sélestat ont donné suite à ma requête. Pour le quatrième FG, un recrutement par email a été fait aux médecins du secteur de Strasbourg et ce FG a été complété par les médecins remplaçants qui ne pouvaient pas participer au premier focus group. En ce qui concerne le secteur de Strasbourg, seuls trois médecins installés à Strasbourg ont donné suite à mon email.

J'ai choisi de questionner des internes, médecins remplaçants ainsi que des médecins installés depuis plus ou moins longtemps dans le but d'obtenir un panel d'idées et d'expériences différentes.

III.4.1.2. Critères d'exclusion

Nous n'avons pas inclus les externes dans cette enquête ni les paramédicaux (notamment infirmières et sages-femmes) dans la mesure où ce travail porte en particulier sur la formation des médecins généralistes.

III.5. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés de septembre 2017 à juin 2018. La durée des entretiens variait de 1h20 pour les internes à 2h15 pour le premier groupe de médecins remplaçants. Ils se sont déroulés au premier étage du hall de la faculté de médecine pour les internes (2^e FG), dans mon appartement à Strasbourg pour le 1^{er} FG de médecins remplaçants ainsi que le 4^e FG hétérogène de médecins installés sur Strasbourg et remplaçants et dans un appartement à Sélestat pour les médecins installés à Sélestat (3^e FG).

Le 1^{er} FG des remplaçants et les 3^e et 4^e FG de médecins installés étaient assez fluides, avec une bonne ambiance, il y a eu beaucoup de témoignages intéressants et de légers hors-sujets où le modérateur a dû recentrer le débat. Dans le FG des internes, le débat était un peu moins fluide et certains participants ont dû être relancés.

Dans l'ensemble, les participants ont semblé intéressés par le thème et contents d'échanger entre pairs et de partager les expériences de chacun.

Après le 4^e focus group, l'analyse ne permettait plus de mettre en évidence de nouvelle donnée significative, de ce fait nous avons atteint une certaine saturation et le recueil de données a été arrêté.

Au cours de ces entretiens, une collation était proposée. Les participants n'ont pas été indemnisés financièrement, j'ai pris à ma charge les boissons et collations.

A la fin de chaque FG, des informations sur les réseaux locaux d'aide spécialisée ont été données ainsi que des flyers sur les femmes victimes de violence (qu'on m'avait distribué lors des formations au CIDFF et à SOS Femmes Solidarité).

III.6. Présentation des différents FG

Le **premier focus group** rassemblait 6 médecins remplaçants en médecine générale, il a eu lieu un soir de semaine dans mon appartement à Strasbourg. Il a duré 2h et 15 minutes et l'ambiance était très détendue. Des idées intéressantes ont émergées. Je connaissais personnellement tous les participants, de ce fait j'ai bien gardé mon rôle d'observateur et Audrey Kaelbel a pris celui de modérateur, elle a dû recentrer quelque fois le débat qui déviait sur d'autres thèmes. Ce premier focus group a également permis de remodeler la grille d'entretien où 2 questions se recoupaient. La retranscription consiste en un texte de 19 pages et a duré environ 17 heures.

Le **deuxième focus group** incluait 6 internes en médecine générale qui ont été recrutés pour certains lors de la formation FO 23 de septembre 2017, d'autres par leur groupe ETM. Au départ 10 internes devaient participer mais quatre d'entre eux se sont finalement désistés par manque de temps, de ce fait il ne restait qu'un focus group de 6 au lieu de 2 de 5 (5 personnes étant le seuil minimum pour constituer un focus group). Ce FG a eu lieu au premier étage du hall de la faculté de médecine en novembre 2017 un jour de semaine entre midi et 14h, au niveau de la mezzanine. D'autres lieux plus agréables avaient été proposés mais les internes préféraient le faire à la faculté de médecine car certains avaient cours d'ETM l'après-midi. Certains ont semblé un peu gênés au début mais se sont détendus au fur et à mesure. Le FG a duré 1h et 20 minutes, il s'agissait du plus court des FG mais de bonnes idées en ont tout de même émané. Il y a eu moins de digressions que lors des 3 autres FG. La retranscription tenait sur 8 pages et a pris 9 heures.

Le **troisième focus group** comptait 7 médecins généralistes installés sur le secteur de Sélestat et alentours. Il a eu lieu à mon ancien appartement à Sélestat, un soir de semaine à partir de 20h au début du mois de juin 2018. L'ambiance était fort sympathique et les échanges y ont été nombreux. Il a duré 2h et 8 minutes et sa retranscription a duré environ 16 heures et tient sur 19 pages. A la

fin du FG, les médecins m'ont tous remercié et m'ont dit avoir fort apprécié ce moment d'échange entre collègues. Ils ont parlé de leurs expériences personnelles et des débats intéressants sont nés, 2 médecins se sont un peu plus exprimés que les autres mais sans monopoliser la parole. Tous m'ont fait part de leur satisfaction d'avoir participé à ce FG et ont dit avoir appris des éléments, notamment sur les réseaux locaux.

Le **quatrième focus group** était un groupe hétérogène composé d'un mélange de 3 médecins installés sur le secteur de Strasbourg et environs et de 3 remplaçants en médecine générale sur le secteur de Strasbourg. Il a eu lieu à mon appartement à Strasbourg à la fin du mois de septembre 2018. L'ambiance a été prompte à la discussion et aux débats entre les participants qui ont raconté certaines anecdotes de leur pratique professionnelle, le sujet a dû être recentré par moment par le modérateur. Il a duré 1h et 58 minutes, sa retranscription a duré 15 heures et 30 minutes et constitue 17 pages.

III.7. Les avantages et inconvénients de la méthode qualitative en focus group

Les avantages des focus groups sont nombreux. Ils créent un environnement propice à la discussion et à l'expression d'opinions différentes, les commentaires des uns peuvent appeler des idées à d'autres qui n'auraient peut-être pas spontanément eu sans cette interaction, un recueil de données de plusieurs participants simultanément donc un recueil d'un grand nombre de données dans un temps restreint. L'échantillonnage du groupe est sans exigence de représentativité. Les FG peuvent être une opportunité pour les médecins libéraux d'échanger sur leurs pratiques. « Les échanges favorisent l'émergence des connaissances, opinions et expériences comme une réaction en chaîne. Tout ce qui a de la valeur pour les personnes est abordé, comparé et confronté. Le « *comment ?* » et le « *pourquoi ?* » sont abordés sans préjugés. » (51)

Les inconvénients de cette méthode sont le risque de domination de certaines personnes au sein du groupe qu'on appelle les leader d'opinion (51), la difficulté d'aborder certains sujets face à d'autres personnes et une analyse des données longue et fastidieuse. Elle n'a pas non plus de valeur statistique (65). « Les résultats d'une étude par focus group ne peuvent pas être généralisés, car le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité de la population source. » (51)

IV. Résultats

De septembre 2017 à octobre 2018, 4 focus groups ont été réalisés, regroupant au total 25 participants. Les caractéristiques de ces 4 FG ont été décrites dans le III.4 et III.6.

Suite à l'analyse du texte verbatim, à l'aide d'un tableau Excel, j'ai codé par groupes de mots porteurs de sens appelés Unité Minimale de Signification (UMS), je l'ai d'abord réalisé focus group par focus group puis de manière transversale. Certaines UMS ont été regroupées entre elles pour former des catégories, puis certaines catégories ont été regroupées pour voir émerger les grands thèmes principaux.

Dans cette partie « Résultats », j'exposerai les propos des participants tels qu'ils ont été analysés mais sans les interpréter. L'interprétation des résultats et leur développement sera réalisé dans la partie « Discussion ».

IV.1. La consultation pour violences conjugales : une consultation singulière

Dans tous les focus groups, les médecins avaient déjà eu affaire à des femmes victimes de VC ou du moins l'avaient suspecté. Dans le focus group 1, 3 et 4, il n'y a eu que des réponses positives (19 citations). Dans le FG 2 (celui des internes), il n'y a eu qu'une seule réponse négative (1 citation) et 5 réponses positives (5 citations).

IV.1.1. Le motif de la consultation

Parfois les victimes **en parlent spontanément** (6 citations) ou **demandent directement un certificat de coups et blessures** (5 citations) dans une démarche de **porter plainte** (2 citations) :

A 6 : « Moi, ça m'est arrivé, soit pour le certificat coups et blessures, soit dans d'autres contextes »

A 3 : « quand elle arrive pour un certificat où on elle nous déballe d'emblée tout ça »

A 6 : « ça m'est déjà arrivé, en consultation soit des gens qui le disaient spontanément »

A 6 : « quand la personne à la limite en parle spontanément j'trouve que c'est déjà une grande avancée »

B 1 : « j'ai quand même fini par lui donner un certificat de coups et blessures contre-signé par mon chef, après ce qu'elle en a fait je peux pas dire... »

C 1 : « dans ce cas-là c'est quelqu'un qui vient avec des coups et qui est déjà dans la démarche de porter plainte ... »

C 6 : « Moi j'ai le cas où c'était une patiente que je ne connaissais pas qui est venue que pour ça. » (en parlant du certificat de coups et blessures)

D 1 : « Ça m'est arrivé qu'une de mes patientes vienne d'emblée pour ça, elle voulait porter plainte pour violences conjugales et avait besoin d'un certificat médical de coups et blessures. Elle m'en parlait d'une façon assez calme et détachée, ça m'avait étonnée sur le coup. »

D 2 : « Moi un jour il y a une patiente de mon associé qui est venue chez moi en consultation alors que c'est mon associé qui est son médecin traitant mais elle est spécialement venue sur mes heures de consultation parce qu'elle avait honte d'en parler à mon associé car il connaissait toute sa famille et n'arrivait pas à en parler avec lui, c'était trop difficile pour elle alors elle est venue chez moi, son associé, pour quand même demander un certificat car elle hésitait à porter plainte mais voulait l'avoir au cas où elle en aurait la force... »

D 5 : « Moi au long de ma loooongue carrière, j'ai quand même eu quelque fois des patientes qui venaient spontanément pour me parler des violences conjugales qu'elles subissaient mais effectivement ce n'est pas la majorité des cas. »

Cependant, le plus souvent, le **motif de la consultation n'avait rien à voir avec les violences conjugales** (11 citations), les victimes venaient pour tout à fait autre chose (5X), parfois une plainte somatique (3X) ou de multiples consultations avec leurs enfants (3X) :

A 4 : « Moi, une fois, une patiente qui m'avait appelé pour tout à fait autre chose »

A 1 « Oui ça m'est arrivé 2-3 fois, une fois où je le suspectais pas du tout où la patiente est venue pour des choses différentes et qui finalement a fini par me le dire »

A 4 : « Peut-être que justement la mère elle consulte pour de la merde avec son enfant parfois pour aller chez le médecin et pour inconsciemment se donner une chance que ça sorte et voilà. »

B 6 : « elle venait pour savoir si le bébé n'avait rien... » « elle venait même pas spécialement pour elle. »

C 1 : « souvent les gens sont pas venus pour ça... » « ...au départ une plainte organique »

C 1 : « tu te rends compte que la patiente n'est jamais venue pour ça, à un moment donné ça arrive sur le tapis dans la discussion mais très vite elle te dit elle est venue parce qu'elle avait mal à la gorge, ben voilà. »

D 2 : « Souvent le motif de la consultation est au départ une plainte somatique. Dans mon expérience, j'ai vraiment rarement des patientes qui sont venues en me disant d'emblée qu'elles ont été victimes de violences. »

D 5 : « Oui je suis d'accord, moi c'est pareil, la plupart du temps où j'en ai suspecté au cours de la consultation, la patiente avait un tout autre motif de consultation de départ. »

D 4 : « Moi une fois ça m'est arrivé d'en suspecter en consultation chez une de mes patientes parce qu'elle ne cessait pas de venir tous les 3-4 jours avec un de ses enfants et à chaque fois je la trouvais angoissée avec un air absent, je voyais bien que quelque chose n'allait pas bien chez elle et je me suis demandé si elle n'emmenait pas ses enfants tour à tour pour se donner une chance de m'en parler. »

Dans certains cas, ce sont des **signes physiques évidents** (cité 8 fois) ou une **souffrance psychologique** (12 citations) qui faisaient évoquer les VC lors des consultations citées par les participants. Les médecins ont également parlé de **signaux d'alerte qui les orientent** (cité 2 fois) :

A 5 : « Alors rencontré non mais suspecté oui, c'était dans un contexte où elle n'allait pas bien mais... euh... elle disait pas vraiment pourquoi en fait, mais que... ça n'allait pas »

A 3 : « la mère ramène plusieurs fois ses enfants, tu vois dans le dossier qu'elle vient souvent »

A 3 : « Non mais c'était juste pour dire tu peux avoir des signaux d'alarme bêtes comme ça, savoir quand dans la consultation tu vas y réfléchir... »

A 4 : « Peut-être que justement la mère elle consulte pour de la merde avec son enfant parfois pour aller chez le médecin et pour inconsciemment se donner une chance que ça sorte et voilà. »

A 5 : « Moi chez les femmes qui ont aussi des soucis alcooliques, je trouve qu'il faut y penser ou des soucis d'abus de médicaments. »

B 1 : « Oui moi j'ai vu une patiente pour des violences conjugales aux urgences, elle avait un gros cocard »

B 6 : « Moi oui là je suis en stage de gynéco, il y a une femme enceinte qui s'est pris des coups par son mari »

B 4 : « Moi je suis en pédiatrie là et je me demande si la mère d'un gamin qui était hospitalisé ne subissait pas de violences de son mari car il lui parlait vraiment comme à un chien tout le temps »

B 2 : « Moi j'ai une fois suspecté mais je sais pas si c'était effectivement le cas en fin de compte. Il y avait une atmosphère particulière... J'ai pas eu le fin mot de l'histoire. »

C 1 : « ... mais souvent c'est une suspicion, il n'y a pas de traces etc...il faut creuser »

C 4 : « Moi les cas que j'ai eu c'était assez flagrant, c'était des cocards, des ecchymoses, « physique » quoi. (...) en fait il y avait de la souffrance tout du moins psychologique derrière. »

D 6 : « Moi ce qui peut parfois me mettre la puce à l'oreille c'est la façon qu'à le mari de parler à sa femme »

D 3 : « Après ce qui est physique, c'est plus flagrant quoi, quand elle vient avec des cocards et le nez cassé, t'as forcément envie d'y penser »

D 2 : « Moi j'y pense parfois quand il y a des problèmes de dépression, d'alcoolisme ou d'abus de médicaments dans le couple. »

D 5 : « Oui c'est vrai qu'on a tous des signaux d'alarme qui nous font évoquer la possibilité de violences conjugales sous-jacentes. »

D 4 : « Moi une fois ça m'est arrivé d'en suspecter en consultation chez une de mes patientes parce qu'elle ne cessait pas de venir tous les 3-4 jours avec un de ses enfants et à chaque fois je la trouvais angoissée avec un air absent, je voyais bien que quelque chose n'allait pas bien chez elle et je me suis demandé si elle n'emmenait pas ses enfants tour à tour pour se donner une chance de m'en parler. »

En résumé les **motifs** qui ont amené les victimes à consulter le jour où elles ont dévoilé des violences conjugales :

- n'avaient **parfois aucun lien avec les VC** : les patientes venaient la plupart du temps pour tout à fait autre chose au départ, avaient une plainte somatique ou consultaient de façon répétée avec leurs enfants ;
- les médecins reconnaissaient **parfois des signaux d'alerte, physiques ou témoins d'une souffrance psychologique** ;
- cependant certaines en **parlaient spontanément** ou venaient **d'emblée pour un certificat de coups et blessures dans une démarche de porter plainte**.

IV.1.2. Les difficultés rencontrées par le médecin lors de ces consultations

Tout d'abord, dans les quatre focus groups, les participants avouaient se sentir **mal à l'aise** dans ce type de consultation (cité 43 fois).

Notamment dans le focus group A et surtout B il y a eu des périodes de silence et d'hésitation avant de répondre à cette question : *Non verbal du focus groupe B : Silence avant que quelqu'un ne se décide à prendre la parole. Les participants se regardent.*

A 1 : « Ben c'est pas des consultations faciles euh...j'dirais plutôt mal à l'aise... c'est pas évident » A 6 : « Mal à l'aise aussi », A 6 : « après c'est pas facile, on est toujours mal à l'aise mais un peu moins. »

A 5 : « je serai un peu larguée pour mieux soutenir cette patiente pour l'avenir aussi, parce qu'il y a des conséquences qui s'en suivent et j'crois que je serai pas bien préparée, mal à l'aise oui »

A 2 : « Pour moi aussi, ben c'est assez délicat, euh... », A 3 : « moi j'suis beaucoup plus mal à l'aise quand elles mettent ça à plat sur la table parce que quand elle nous connaissent pas boum poser ça ouhhh, c'est un peu comme déminer une bombe, un peu compliqué, moi j'suis beaucoup plus mal à l'aise quand elles déballent ça que lorsque je le suspecte mais bon c'est peut-être moi qui... »

A 2 : « Moi j'pense que le malaise est double : est-ce que je vais me tromper ? Et peut-être la personne n'a pas du tout envie d'en parler, on va l'offusquer si on parle de ça et il y a le malaise après de comment est-ce que je vais prendre en charge une fois qu'on me le dit »

B 1 : « je me sentais pas très à l'aise pour lui faire l'interrogatoire sans être trop maladroite »

B 1 : « Ben moi comme j'ai dit avant j'me sentais vraiment pas très à l'aise dans cette consult' »

B 6 : « Hyper mal à l'aise », B 3 : « j'devais avoir l'air mal à l'aise même de l'extérieur et j'pense que ça n'aide pas la femme à se sentir en confiance. », B 1 : « Franchement moi j'me sentirai un peu démunie »

B 4 : « je pense que c'est des consultations où on se sentira toujours un peu mal à l'aise quoi qu'il en soit, même si on est formé ou quoi c'est quand même une situation où on se sent pas compétent à 100% »

B 1 : « un sujet qu'on connaît moins bien on sera forcément moins à l'aise. »

C 1 : « Je dirai assez démunie. », C 1 : « c'est déstabilisant comme consultation. », C 3 : « c'est très difficile. », C 5 : « Moi je me sens assez mal, démunie. »

D 1 : « Particulièrement mal à l'aise je dirai. », D 6 : « C'est délicat comme sujet, on sait pas trop comment l'aborder. », D 3 : « Moi je trouve qu'on est pas assez bien préparé à ce type de consultations. », D 2 : « Franchement c'est assez difficile, on risque toujours d'être maladroit. »

D 5 : « Même à 60 ans avec mon expérience, je dirai que c'est encore des consultations qui me mettent mal à l'aise. »

D 4 : « C'est assez gênant pour nous d'en parler, je pense que c'est parce que c'est plutôt inhabituel comme consultation pour nous, on en a pas tous les jours, c'est pas comme une rhinopharyngite quoi. », D 5 : « Oui c'est plutôt déstabilisant »

D'une part, ils reconnaissent qu'ils n'osent pas toujours poser cette question taboue et ignorent comment l'aborder (31 citations) :

A 1 : « on sait pas comment aborder le sujet », A 5 : « en gros comment poser la question, est-ce qu'on pose directement ou on avance à petits pas indirectement et c'est difficile quand on le suspecte et t'as l'impression de pas pouvoir lui demander. »

A 2 : « parce qu'on peut se tromper, quand on suspecte des violences, ça peut être une autre personne que le mari... », A 2 : « Alors comment on fait, est-ce qu'on pose directement la question ou est-ce qu'on est plus subtile au cas où »

A 2 : « Et peut-être la personne n'a pas du tout envie d'en parler, on va l'offusquer si on parle de ça », A 1 : « comment aborder le sujet avec la patiente. », A 2 : « C'est quand même un peu tabou comme sujet », A 6 : « Oui comment l'intégrer dans la démarche quoi...c'est pas si facile »

A 6 : « là si les personnes sont mal à l'aise c'est parce que pour nous c'est délicat, au final parce que c'est inhabituel mais comme ça devait être délicat et inhabituel il y a 40 ans de parler de la vie sexuelle des gens, de l'alcoolisme ou de l'homosexualité. »

B 1 : « j'savais pas trop comment aborder le sujet sans que ce soit trop intrusif et qu'après elle se braque. », B 5 : « moi j'essayais de lui demander s'il y avait des soucis à la maison, si tout allait bien avec son mari », B 4 : « c'était encore moins évident pour lui poser la question ou mettre ce sujet sur le tapis quoi... »

B 6 : « Franchement sans mentir, dès que j'arrive à cette question ça me stresse quand même un peu, alors que je demande sans gêne si elles boivent de l'alcool ou si elles fument, c'est quand même bizarre. Mais ça prouve quand même le tabou du sujet quoi... »

B 5 : « déjà on est mal à l'aise avec cette question, alors le demander à toutes, bon d'un autre côté si on le demande à tout le monde ça rentrerait peut-être plus dans notre pratique et rendrait la question plus simple à poser. Enfin franchement, je sais pas... »

B 6 : « Ça reste quand même un sujet assez tabou et je pense même pour les médecins confirmés, pas que pour nous les internes. »

C 1 « ...c'est justement une « suspicion de » alors pour pas que ça devienne policier... donc euh voilà c'est déstabilisant comme consultation. »

C 4 : « Quand tu discutes avec un patient il te parle pas forcément de sa qualité de sommeil, de ses relations sexuelles avec son conjoint, des coups qu'il reçoit etc. alors c'est difficile de poser la question c'est une partie de sa vie intime. »

C 1 : « C'est vrai que parfois c'est gênant déjà tu dois demander pour le tabac, l'alcool, encore rajouter les violences... », D 6 : « C'est délicat comme sujet, on sait pas trop comment l'aborder. », D 1 : « En posant la question directement, on prend le risque de se tromper ou que la patiente le prenne mal »

D 3 : « Oui tu sais pas trop par quel chemin passer, demander comment ça se passe à la maison ? Mais la victime n'a peut-être pas envie d'en parler ou bien la patiente nous prendra pour un médecin trop intrusif dans sa vie privée. »

D 4 : « Quand tu sens que la patiente n'a pas du tout envie d'en parler, c'est difficile d'aborder le sujet, même pour moi qui ai quand même de l'expérience, c'est une question plutôt taboue. »

De plus, ils **appréhendent la réaction de la patiente** (17 citations) :

A 1 : « les personnes réagissaient de manières différentes, certaines étaient un petit peu choquées car elles ne consultaient pas du tout pour ça », A 2 : « peut-être la personne n'a pas du tout envie d'en parler, on va l'offusquer si on parle de ça », A 4 : « d'un côté quand on suspecte quelque chose mais on ose pas trop creuser où on ne sait pas comment elle va le prendre »

B 1 : « j'savais pas trop comment aborder le sujet sans que ce soit trop intrusif et qu'après elle se braque. », B 4 : « elle se serait dit mais qu'est-ce qu'elle veut celle-là avec ses questions », B 2 : « Sinon j'ai un peu peur que la patiente elle se dise il est fou celui-là de me demander ça du coq à l'âne. », B 5 : « c'est un peu la peur de comment la patiente va réagir à cette question ! », B 5 : « j'avais même l'impression de l'énervé avec mes questions... elle n'avait vraiment pas l'air d'apprécier. »

C 1 « ...c'est justement une « suspicion de » alors pour pas que ça devienne policier... donc euh voilà c'est déstabilisant comme consultation. », C 1 : « C'est vrai que parfois c'est gênant déjà tu dois demander pour le tabac, l'alcool, encore rajouter les violences... »

D 1 : « En posant la question directement, on prend le risque de se tromper ou que la patiente le prenne mal », D 3 : « Oui tu sais pas trop par quel chemin passer, demander comment ça se passe à la maison ? Mais la victime n'a peut-être pas envie d'en parler ou bien la patiente nous prendra pour un médecin trop intrusif dans sa vie privée. », D 2 : « Moi parfois je me dis que déjà avec toutes nos questions dans les antécédents médicaux, avec le tabagisme, l'alcool etc., encore rajouter les violences, sérieusement elle va avoir l'impression de subir un interrogatoire policier. »

D'autre part, ils **ignorent jusqu'à où va leur rôle et jusqu'où s'en mêler** (15 citations) :

B 4 : « mais bon vu que moi je m'occupais de l'enfant j'ai pas approfondi la discussion. »

C 1 : « Autant pour savoir jusqu'où va mon rôle, jusqu'où je peux m'en mêler, jusqu'où je peux poser des questions dans ce sens-là. », C 2 : « La limite entre faire quelque chose dans l'urgence pour protéger la personne et ne rien faire... », C 1 : « Mais là c'est difficile de pas porter de jugement, en plus parfois je me dis en tant que femme, avec mon côté féministe qui ressort quoi, mais finalement je me dis je suis qui pour juger ? »

C 1 : « mais tu te dis : je suis qui pour l'obliger à en reparler ? Est-ce que je dois relancer la discussion ou pas ?... Tu te dis que notre rôle c'est quand même d'en reparler. »

C 4 : « Quand tu discutes avec un patient il te parle pas forcément de sa qualité de sommeil, de ses relations sexuelles avec son conjoint, des coups qu'il reçoit etc... alors c'est difficile de poser la question c'est une partie de sa vie intime. », C 4 : « On se dit : est-ce qu'il faut pas garder les petits liens qu'on a avec eux... »

D 6 : « C'est difficile de trouver la bonne place entre vouloir les aider et être trop intrusif dans leur vie intime. », D 5 : « J'ai souvent été mal à l'aise dans ces situations car la limite est floue entre chercher à faire tout ce qui est en notre pouvoir pour elle mais sans complètement dépasser les limites de sa vie intime... est-ce qu'en tant que son médecin traitant je peux l'obliger à m'en parler ? Je ne pense pas et je crois qu'il est préférable de préserver le lien de confiance. »

Certaines situations peuvent atteindre les **limites du secret médical** (6 citations) :

A 5 : « Mais si elle refuse toujours d'en parler alors que tu proposes ton aide, je ne savais pas quoi faire d'autre. » A2 : « Ben t'avais rien d'autre que tu pouvais faire, si c'était pas une personne vulnérable, c'est-à-dire si elle est sous tutelle ou autre ou si elle est mineure, si elle a toutes ses capacités mentales, tu peux pas la forcer quoi. »

C 7 : « ...il faudrait éviter de brusquer la personne qu'on a en face de soi et éviter de lui dire : « faut porter plainte madame » parce que sinon elle peut se refermer. J'serai plutôt dans le sens de la laisser avancer et être disponible pour elle jusqu'au moment où elle aura décidé de faire quelque chose. », C 2 : « Et du coup vous allez être amené à en parler au conjoint ? » C 4 : « Ben on peut pas là c'est le secret professionnel. »

D 4 : « D'une manière ou d'une autre toi tu peux pas le signaler sans son accord ou porter plainte à sa place car elle n'est pas considérée comme une personne vulnérable alors si tu dis quelque chose ça serait une violation du secret médical. »

Parfois ils ont un **sentiment d'impuissance** lors de ces consultations (16 citations) :

A 5 : « Mais si elle refuse toujours d'en parler alors que tu proposes ton aide, je ne savais pas quoi faire d'autre. » A2 : « Ben t'avais rien d'autre que tu pouvais faire, si c'était pas une personne vulnérable, c'est-à-dire si elle est sous tutelle ou autre ou si elle est mineure, si elle a toutes ses capacités mentales, tu peux pas la forcer quoi. »

B 4 : « on se sent un peu impuissant. »

C 7 : « mais aussi un peu dans un sentiment d'impuissance parce que la plupart du temps, on a beau vouloir aider, on obtient rarement un résultat favorable rapidement... »

C 5 : « du coup tu te dis : à quoi je sers ? Comment je fais ? Où je vais ? », C 2 : « Après tu les perds, ils fuient dans autre chose... Finalement ils restent dans le même couple, dans la même situation. », C 4 : « lorsqu'on regarde en arrière, les gens chez qui c'était le plus flagrant, j'ai fait quelques photos au cours des années, ben finalement on les voit encore ensemble. »,

C 7 : « L'ambivalence de la femme aussi, c'est-à-dire elle va dire il y a ça et ça qui ne va pas et même si on propose des solutions elle va dire non je peux pas faire ça. »

C 5 : « C'est pas glorieux mais je me suis dit j'en ai ras le bol, je l'écoute encore et encore, c'est du copier-coller de la consultation il y a 15 jours, ça n'avance pas. »

D 2 : « Moi parfois ces consultations elles me donnent une impression d'impuissance parce que je fais tout pour essayer de sortir la victime du cercle vicieux des violences mais en fin de compte elle reste avec son mari et accepte la situation. »

D 4 : « Moi il m'est déjà arrivé de me demander à quoi je servais vu que la situation n'avancait pas malgré tous mes conseils... », D 3 : « Ou bien quand tu leur propose de l'aide mais qu'elles refusent encore »

Dans tous les cas, ils **essayent d'éviter de brusquer les patientes** (10 citations) :

A 1 : « on ne veut pas que la personne se referme, mais en même temps on veut quand même qu'elle se livre donc euh... non c'est pas évident. »

A 2 : « Moi clairement la patiente elle voulait pas avouer, elle voulait pas le dire. Elle prétextait quelque chose. J'ai pas dit : « Non mais je sais que vous mentez », je lui ai dit subtilement que ça ne tenait pas debout et finalement elle a fini par dire que c'était vrai »

A 6 : « Je me rappelle plus si ça a été dit mais quand tu le suspectes justement et que tu sens que la personne ne veut pas en parler, tu poses la question clairement et qu'une fois qu'elle te répond « non, non vous vous trompez », ben c'est compliqué...t'essayes d'être un peu subtile, de pas de lui dire en frontal qu'on a l'impression qu'elle ment. »

B 5 : « mais elle faisait que de dire que tout allait bien, elle m'a demandé pourquoi je lui pose cette question, j'avais même l'impression de l'énervé avec mes questions... elle n'avait vraiment pas l'air d'apprécier. »

C 7 : « J'ai pas une grande expérience mais de ce que j'ai appris c'est qu'il faudrait éviter de brusquer la personne qu'on a en face de soi et éviter de lui dire : « faut porter plainte madame » parce que sinon elle peut se refermer. J'serai plutôt dans le sens de la laisser avancer et être disponible pour elle jusqu'au moment où elle aura décidé de faire quelque chose. »

D 5 : « J'essaye toujours de laisser la patiente cheminer puis j'essaye de me rendre disponible pour elle si elle décide enfin de faire quelque chose. »

D 3 : « Si tu lui dis direct que son histoire ne tient pas debout, tu vas surement perdre la relation de confiance que tu as avec elle donc il faudrait essayer d'être plus subtile. »

Ces consultations prennent beaucoup de **temps** et les médecins peuvent ressentir une **certaine impatience** (21 citations) :

A 2 : « ce type de consultation ça dure pas 15minutes (rires) », A 5 : « Et parfois les remplaçants ils se prennent plus de temps aussi. »

B 2 : « moi je dirai la difficulté c'est la disponibilité, le temps à accorder à la patiente, j pense que quand on est dans le rush elles le sentent et ne veulent pas se confier. Si elle voit tout le monde courir partout elle ne voudra pas nous prendre du temps avec ça. Enfin je dis ça parce que d'habitude c'est déjà des femmes qui ont pas trop confiance en elles. »

C 7 : « c'est des choses qui prennent beaucoup de temps donc voilà, presque un peu impatiente parce que je sais que ça va être quelque chose de très long. », C 3 : « ça prend beaucoup de temps d'arriver à écouter ou à tendre des perches... Est-ce qu'on va tout pouvoir gérer en une consultation ou pas... », C 5 : « c'était très long, sur des années... », C 5 : « Mais moi c'est pas très glorieux mais une patiente qui revenait systématiquement me raconter la même chose, je me suis dit mais ça n'avance pas, ça sert à quoi »

C 4 : « Quand quelqu'un vient pour ce genre de motif et qu'elle rentre en consultation, souvent ça commence par 5 minutes de pleurs donc il faut avoir du temps à leur consacrer aussi. », C 4 : « quand la salle d'attente est pleine et qu'il faut gérer ça c'est pas évident. Il faut être à l'écoute, ça prend déjà un bon quart d'heure et après proposer quelques solutions »

D 5 : « Avec certaines patientes ça a pris des années pour qu'elles décident de faire quelque chose et de trouver des solutions, avant elles étaient sidérées, n'étaient pas en mesure de faire quoique ce soit... », D 2 : « Quand tu as une consultation de ce type ça prend pas 10 minutes alors en + si t'as la pression de la salle d'attente pleine à craquer c'est pas toujours facile de se montrer aussi disponible qu'on le voudrait... en plus avec certaines patientes ça tourne en rond, tu proposes des solutions mais elles ne veulent pas, c'est un long processus. »

Des participants avouent aussi **ne pas réellement savoir quoi faire si elle répond que oui** elle a subi des violences (9 citations) :

A2 : « et il y a le malaise après de comment est-ce que je vais prendre en charge une fois qu'on me le dit ? », A 3 : « Mais parfois t'es aussi mal à l'aise car si elle dit oui tu ne saurais pas quoi en faire »

B 4 : « je pense que c'est des consultations où on se sentira toujours un peu mal à l'aise quoi qu'il en soit, même si on est formé ou quoi c'est quand même une situation où on se sent pas compétent à 100% », B 1 : « un sujet qu'on connaît moins bien on sera forcément moins à l'aise. »

C 6 : « Quels moyens met en place l'HAS ? Par exemple si on dépiste, qu'est-ce qu'on propose après parce que juste dépister pour dépister et dire bon ok ... »

D 1 : « Au final ça sert pas à grand-chose de dépister si après c'est pour ne pas savoir quoi faire et où l'adresser si elle dit oui », D 4 : « Un sujet où on se sent pas compétent à 100%, on sera moins à l'aise pour la suite de la prise en charge et la patiente va peut-être s'en rendre compte... »

Certains participants ont mentionné quelques situations où **le doute** peut s'installer (3 citations) :

A 3 : « c'est un peu le triangle entre le persécuté et le persécuteur... pour démêler tout ça, pffiou... »

C 3 : « Il peut y avoir une mésentente, des accusations portées sans fondement, on n'a pas à prendre parti... » C 2 : « Ça moi je trouve que c'est difficile. »

D 2 : « Quand on suit le couple c'est difficile, dans certains cas il y a des problèmes au sein du couple et chacun nous raconte les histoires de son point de vue et on peut être amené à douter de leur sincérité et de ne plus savoir qui croire. Mais moi je pars du principe que lorsqu'une patiente nous relate quelque chose, nous devons partir du principe que cela est vrai jusqu'à preuve du contraire »

Il peut arriver que des médecins aient des **préjugés sur les victimes et les auteurs de violence** (10 citations) :

A 5 : « Moi chez les femmes qui ont aussi des soucis alcooliques, je trouve qu'il faut y penser ou des soucis d'abus de médicaments. »

C 2 : « j'en ai énormément des pays Arabes ou de Turquie, moi quasi tous les cas que j'ai eu c'est dans cette culture. », C 4 : « Il y a aussi des femmes qui culturellement se font taper dessus dans toutes leurs relations et qui pense peut-être que c'est un acte normal. », C 5 : « Moi j'ai une femme arabe qui m'a dit texto : « il me bat beaucoup moins qu'avant » et elle trouvait ça normal. », C 6 : « Moi j'avais une famille turque mais ils ont divorcé, elle est partie car il était trop méchant. »

D 2 : « Moi j'y pense parfois quand il y a des problèmes de dépression, d'alcoolisme ou d'abus de médicaments dans le couple. »

D 5 : « C'est quand même dans les niveaux socio-culturels bas qu'on en voit le plus non ? » D 1 « Oui j'ai l'impression aussi... » D 4 : « Détrompez-vous c'est aussi dans les hautes sphères mais encore plus tabou pour les victimes d'en parler »

D 1 : « Je pense quand même que le chômage et les problèmes d'argent dans le couple peuvent jouer. » D 2 : « Oui moi aussi, souvent des périodes de soucis financiers ou de chômage peuvent mettre une ambiance pesante et parfois aboutir à des violences. »

Les participants mettent également en évidence la difficulté pour gérer une consultation avec suspicion de VC lorsque **le mari ou les enfants sont présents** (cité 11 fois) :

A 4 : « Un autre obstacle c'est le mari qui est assis à côté... »

A 3 : « Le mari ou l'enfant qui est emmené comme symptôme, ça c'est pff... », A 3 : « Ça c'est plus qu'un obstacle oui, comment peut-on parler correctement avec le gamin qui est devant ? Et dire d'emblée est-ce que votre mari vous bat quand le gamin est devant...c'est pas possible quoi...Moi j'ai plus vu l'enfant que le mari avec, ça fait une raison de venir chez le médecin surtout quand ils sont petits, ils sont souvent malades et tout. »

B 3 : « Moi comme il y avait le mari j'veus raconte pas la consult', je voyais bien que les explications qu'elle donnait tenaient pas vraiment debout. », B 3 : « Ben moi (...) ma principale difficulté c'était le mari là juste à côté dans le box de consultation qui traduisait à sa femme. »

C 7 : « Moi j'ai un couple de 80 ans où là la femme me parle librement car son mari a la maladie d'Alzheimer, elle m'a dit que son mari l'a battue toute sa vie mais elle continue à s'occuper de lui maintenant qu'il est dément. »

D 1 : « Pas évident de le faire sortir quand c'est lui qui traduit », D 4 : « Quand t'as les enfants à côté tu vas pas forcément aborder le sujet sauf si c'est un bébé. »

Dans le même esprit, les médecins ont mentionné le fait qu'il est **difficile de soigner le mari quand ils sont au courant de la situation** et qu'ils ne savent pas toujours bien **comment réagir en tant que médecin traitant du couple ou de la famille** (21 citations) :

B 1 : « Ou bien le fait qu'on connaisse le mari qui est aussi patient par exemple. »

C 2 : « Vous avez en général les conjoints ? Vous connaissez le couple, vous êtes médecin traitant du couple ? » C 4 : « Oui souvent. », C 2 : « Et du coup vous allez être amené à en parler au conjoint ? » C 4 : « Ben on peut pas là c'est le secret professionnel. », C 5 : « Oui c'est horrible ça, après quand tu dois soigner le mari. »

C 3 : « Il peut y avoir une mésentente, des accusations portées sans fondement, on n'a pas à prendre parti... » C 2 : « Ça moi je trouve que c'est difficile. », C 3 : « Ben moi je suis médecin,

je soigne, je n'ai pas à prendre parti, ce n'est pas de mon ressort, je suis là pour soigner, je suis pas là pour juger », C 3 : « Ça pose des cas de conscience. Mais il n'y a pas de réponse universelle. »

C 1 : « Oui bien sûr que je vais m'en occuper aussi mais je serai comment dire... différente. »

C 3 : « En général on perd au moins l'un mais souvent les 2 sur le long terme. », C 4 : « Parce qu'on symbolise le conflit, même si on les a bien pris en charge, c'est frustrant. », C 3 : « J'ai 2 - 3 familles dans ma carrière où je me suis demandé ce que j'ai mal fait, ben rien du tout mais ils avaient envie de changer. Ils avaient envie de tourner une page et nous on était du mauvais côté. »

C 1 : « Parce que les auteurs de violence peuvent aussi être en souffrance non ? », C 2 : « la proposition que tu peux faire à la femme, bon bien sûr ça dépend du degré mais que le mari se fasse suivre...Bon malheureusement moi la fois où je l'ai fait ça n'a pas marché. »

D 3 : « Comment vous réagissez quand vous avez le mari comme patient ? Vu que c'est pas possible de lui en parler à cause du secret médical... », D 5 : « Moi je suis certains couples dysfonctionnels depuis longtemps maintenant et je les vois toujours ensemble malgré des antécédents de violences, ça pose des cas de conscience mais on ne doit pas prendre parti. »

Une autre difficulté mise en évidence est le **manque de formation sur ce sujet** et de ce fait, de nombreux participants **passent à côté ou ignorent quoi faire si la patiente répond que oui elle subit des violences** (12 citations) :

A 2 : « Ben si j'y pense, déjà ça nous sensibiliserait plus, peut-être on chercherait plus. »

A 1 : « finalement après avec le temps ce n'était plus un automatisme et j'ai arrêté de dépister systématiquement et là j'me dis que je passe peut-être à côté de beaucoup de femmes victimes de violences. »

B 5 : « Non moi perso, jamais, enfin je crois. C'est peut-être que je suis passé à côté. », B 5 : « c'est peut-être pour ça qu'inconsciemment j'insiste pas trop... », B 5 : « Moi j'me dit que si j'en ai jamais vu c'est peut-être aussi que je suis passé à côté... »

C 2 : « C'est vrai que finalement la violence comme ça j'y pense peu en première intention dans chaque consultation. », C 3 : « c'est une fenêtre qui s'entrouvre et puis la consultation d'après ça

part sur autre chose alors parfois c'est une occasion manquée si on ne les saisit pas à ce moment-là »

D 2 : « Je pense peut-être être passé à côté dans certaines situations parce qu'il faut dire que j'y pense pas toujours de prime abord. », D 3 : « Moi vu qu'il y a des consultations qui me mettent un peu mal à l'aise parfois, ben parfois faut dire que j'insiste pas tellement. », D 6 : « Après peut-être que si on posait la question à toutes les femmes ça rendrait cette question moins taboue à poser, enfin j'sais pas... », D 2 : « Je pense qu'effectivement si on se force à le demander à toutes les patientes et d'être formé à ça, peut-être que ça rendrait le sujet un peu moins tabou, enfin franchement j'dis ça mais je le fais pas. »

Souvent les médecins ont **peur de perdre la relation de confiance avec la patiente**

(3 citations) :

C 4 : « On se dit : est-ce qu'il faut pas garder les petits liens qu'on a avec eux... »

D 5 : « J'ai souvent été mal à l'aise dans ces situations car la limite est floue entre chercher à faire tout ce qui est en notre pouvoir pour elle mais sans complètement dépasser les limites de sa vie intime... est-ce qu'en tant que son médecin traitant je peux l'obliger à m'en parler ? Je ne pense pas et je crois qu'il est préférable de préserver le lien de confiance. »

Les **difficultés** rencontrées par les participants lors de ces consultations pour VC sont les suivantes :

- les participants avouent être **mal à l'aise** dans ce type de consultation ;
- ils **n'osent pas poser cette question taboue** et **ignorent comment la poser** ;
- ils **appréhendent la réaction de la patiente** ;
- ils **ignorent jusqu'où va leur rôle et jusqu'où s'en mêler** ;
- certaines situations peuvent atteindre les **limites du secret médical** ;
- parfois ils ont un **sentiment d'impuissance** ;
- ils veulent **éviter de brusquer la victime** ;
- ces consultations prennent **beaucoup de temps**, les médecins peuvent ressentir une certaine **impatience** ;
- les médecins risquent de **passer à côté faute de connaissances, de formation ou faute d'avoir posé la question** ;
- par manque de formation ou de connaissance, certains médecins peuvent **ne pas savoir quoi faire si la patiente répond que oui elle a subi des violences** ;
- dans certaines situations conflictuelles avec le mari, **le doute** peut s'installer chez le médecin ;
- certains médecins ont des **préjugés sur les victimes et les auteurs de violence** ;
- il est **difficile de gérer la consultation lorsque le mari est présent ou les enfants** ;
- la **place de médecin traitant du couple / de la famille est délicate** ;
- ils ont **peur de perdre la relation de confiance avec la patiente**.

IV.1.3. Le rôle du médecin traitant

Ce qui a été le plus souvent mentionné dans les focus groups est la nécessité de **faire preuve d'empathie** (3 citations), **de compassion** (3 citations) et **d'écoute** (7 citations) :

A 6 : « peut-être que la personne va en profiter du fait que ce soit pas le médecin du village pour en parler justement. »

C 7 : « ... je me sens dans l'empathie et dans la compassion vis-à-vis de la personne qui est en face de moi », C 5 : « Comment je fais ? ...Mis à part écouter... », C 2 : « Mais c'est peut-être aussi ça qu'elles attendent un médecin empathique qui les écoute d'abord et après proposer des solutions. »,

C 4 : « On est plusieurs à parler de la souffrance que l'on éprouve vis-à-vis de ces femmes battues. Mais de se réfugier derrière l'écoute, les soins médicaux et le certificat médical, c'est une manière de rester professionnel et de mettre de la distance par rapport à ça. », C 4 : « Moi je pense qu'il faut être à l'écoute »

D 5 : « C'est des cas où il faut faire preuve d'empathie et surtout d'une écoute attentive. »

D 3 : « Déjà être à l'écoute, j pense que c'est une des premières choses à faire avant de proposer des solutions, parfois c'est la première fois que la victime en parle et elle veut peut-être juste être écoutée avant de pouvoir entendre les solutions qu'on lui propose. », D 6 : « ... mais nous on doit surtout l'écouter, prendre ses paroles en considération et lui proposer des solutions... »

Un des principaux rôles du médecin traitant selon les participants des FG est de **donner des informations** et d'**expliquer** aux victimes **ce qui n'est pas normal** (22 citations) :

A 3 : « Qu'est-ce qu'on fait ? Je sais pas, c'est pour ça que je viens vous voir. », A 3 : (Parlant d'une patiente qui lui dit cela) « Il m'a forcé pour avoir un rapport sexuel, mais c'est pas un viol ça vu que c'est mon mari ? » « Si ? », A 6 : « Jusqu'à preuve du contraire, à partir du moment où la personne le dit, on prend en charge comme d'habitude qu'elle que soit la situation. »

A 6 : « Tu imagines que si la patiente elle intègre que ça c'était normal ? », A 3 : « Si tu vois une petite routine de violences se mettre en place, toi t'es là pour dire stop non c'est pas normal. »

A 4 : « Enfin même si elle dit non, il faut au moins lui mettre en tête que oui ben ok c'est pas ça mais si c'était ça, ça serait pas normal, au moins elle l'aura entendu. », A 6 : « Ben si elle est gênée d'en parler, tu peux lui dire : écoutez si vous vous posez des questions vous pouvez m'en parler et si vous ne voulez pas, il existe des sites qui donnent des infos, et rien que là si la femme elle se balade sur des sites comme ça, ben elle se rend compte que non seulement ben non c'est

pas normal, que ça peut être grave, que sa situation est la même que beaucoup de gens, que toutes les justifications qu'elle se fait. »

C 4 : « Moi je conseille toujours de porter plainte, je leur dis que c'est pas normal. », C 4 : « Faut quand même lui dire que c'est grave, qu'on ne devrait pas se laisser faire. », C 5 : « C'est peut-être au moins fixer les limites à l'homme. », C 1 : « Mais au moins donner des informations », C 1 : « Parce qu'elle va pas sortir de là en se disant tiens je vais appeler mais au moins de savoir que ça existe, pouvoir continuer à faire son petit chemin. »

C 4 : « C'est un peu comme les annonces de cancer, on annonce le diagnostic en apportant des solutions et lui dire qu'il y a plein de choses à faire maintenant qu'on a découvert ça. », C 4 : « les gens doivent savoir qu'on peut avoir des réponses pour eux et donc aller chercher l'information. »

C 1 : « Après ça peut peut-être passer par des affiches dans la salle d'attente qui évoquent ça et qui disent voilà ton médecin il est aussi là pour ça, pour entendre ce genre de plainte si jamais. », C 4 : « C'est à nous quand même de dire que ce n'est pas normal. »

D 2 : « C'est quand même notre rôle de médecin de remettre les choses à leur place et de lui dire que non c'est pas normal de se faire battre ou dénigrer sans cesse par son compagnon... faut qu'on lui donne des informations et lui proposer de porter plainte, mais sans la forcer. », D 6 : « Y a des affiches à mettre dans la salle d'attente je crois, qui donnent des infos, au moins même si elle ose pas en parler elle l'aura vu. »

Le médecin devrait également **proposer un soutien, un RDV de suivi** (17 citations) :

A 5 : « j'ai demandé est-ce qu'il y a des soucis avec votre mari ? Est-ce qu'il y a quelque chose dans votre couple qui ne marche pas ? Elle avait dit non. Mais ce que j'ai proposé par contre c'est de lui donner un nouveau RDV pour revenir en rediscuter avec le généraliste que je remplaçais... Mais si elle refuse toujours d'en parler alors que tu proposes ton aide, je ne savais pas quoi faire d'autre », A 4 : « d'où l'intérêt de redonner un rendez-vous où elle pourrait éventuellement venir seule en choisissant un prétexte autre pour essayer de la refaire venir à un autre moment. »

A 3 : « C'est pour ça que je pense qu'il faut les revoir. »

C 4 : « Et proposer un rendez-vous rapide pour la revoir. », C 1 : « Oui, lui dire qu'on est là. »

C 4 : « mais aussi de la reconvoquer sur un rendez-vous. », C 7 : « Oui c'est sûr de la reconvoquer en rendez-vous c'est une bonne idée mais est-ce-qu'elle va revenir ? Car d'habitude c'est plutôt dans l'impulsion qu'elles en parlent. Et après elle revient pas. », C 5 : « Moi j'ai quand même l'impression qu'elles reviendront si on leur donne un rdv. »

D 4 : « C'est essentiel de la reconvoquer seule sans ses enfants ou son mari... », D 1 : « Lui proposer un RDV rapproché pour le suivi et qu'elle puisse continuer de s'ouvrir. », D 3 : « Oui je suis d'accord, lui laisser le temps d'assimiler les infos données et la revoir en RDV seule, lui montrer qu'on est disponible pour elle mais la laisser avancer à son rythme, ne pas la brusquer. »

Selon les participants, le médecin devrait également **éviter le jugement** (11 citations) mais parfois ils ne peuvent pas s'empêcher de le donner quand même (5 citations) :

C 4 : « Ben on n'a pas à juger », C 3 : « ben moi je suis médecin, je soigne, je n'ai pas à prendre parti, ce n'est pas de mon ressort, je suis là pour soigner, je suis pas là pour juger »

C 5 : « C'est difficile de pas donner ton avis. », C 2 : « Moi je pense que je le donne quand même assez facilement, partez ! »

D 5 : « C'est quand-même difficile de ne pas donner ton avis dans ce genre de situation mais il faudrait rester professionnel et mettre de la distance. », D 1 : « Moi je me dis, qui je suis pour juger ? Je ne vis pas cette situation alors je peux pas savoir l'état d'esprit dans lequel elle se trouve... »

D 6 : « Il faudrait vraiment essayer de ne pas juger ni prendre parti même si c'est super difficile mais nous on doit surtout l'écouter, prendre ses paroles en considération et lui proposer des solutions... »

Il est important que **toute plainte pour viol** soit **prise en considération** (4 citations) :

A 3 : « si elle parle de viol, jusqu'à preuve du contraire ç'en est un ! » « pour lui ce n'est pas à prendre au sérieux, la personne n'est pas dans un état correct. », A 3 : « comment on peut juger de ce qui est viol de ce qui n'est pas viol. Moi j'suis pas légiste, jusqu'à preuve du contraire tu fais tout ce qu'il faut et après ben c'est pas toi qui juges... » « je pars du principe que tu crois la personne, même si au final on se rend compte au final que c'est des bobards. »

A 6 : « Jusqu'à preuve du contraire, à partir du moment où la personne le dit, on prend en charge comme d'habitude qu'elle que soit la situation. »

D 4 : « Si une patiente te parle de violences sexuelles qu'elle a subi, tu lui montres que tu la prends au sérieux, que ses paroles sont prises en considération. »

Pour résumer, le **rôle du médecin traitant**, selon les interrogés est :

- tout d'abord de faire preuve d'une **écoute attentive, d'empathie et de compassion** ;
- mais surtout de **donner des informations et d'expliquer ce qui n'est pas normal** ;
- **proposer un rdv de soutien et de suivi** ;
- **éviter le jugement** ;
- **prendre en compte toute plainte**, notamment toute mention de viol doit être prise en considération.

IV.1.4. Différents types de violences conjugales

Les différents types de violences conjugales que connaissent les participants sont : **les violences physiques** (cité 32 fois), **psychologiques et verbales** (cité 26 fois), **sexuelles** (cité 21 fois) et **économiques** (cité 7 fois) :

A 1 : « Ben physique, sexuelle, verbale, euh voilà... » A 2 : « Et économique aussi. » A 1 : « Ah oui financière. », A 6 : « On a dit psychologique ? »

B 6 : « Violence physique, verbale, psychologique. », B 1 : « Oui et sexuelle. »

B 3 : « On a dit viol ? » B 1 : « Ben c'est dans violence sexuelle non ? »

C 3 : « Violence physique, violence morale : intimidation, menaces, chantage, dévalorisation. »

C 4 : « Financière. » C 3 : « Oui matérielle, privation de sortie, de moyen de vivre normalement. »

C 2 : « Dévalorisation oui et coups. »

D 2 : « Physiques, sexuelles, psychologiques », D 5 : « Oui et économique ou administrative, ça existe aussi... »

Les **différents types de violence** relevés sont donc :

- **physiques ;**
- **psychologiques et verbales ;**
- **sexuelles ;**
- **économiques et administratives.**

IV.1.5. L'attitude des femmes victimes de VC

Ce qui a été le plus souvent cité par les participants est le fait que **les femmes minimisent** (10 citations) :

A 4 : « souvent elles minimisent aussi... est-ce qu'il risque quelque chose ? Ou est-ce que c'est juste pas sympa ? », A1 : « Elle se dit qu'elle ne s'occupe pas assez bien de la maison, que c'est son mauvais comportement et qu'elle mérite ce qui lui arrive. » A 6 : « Oui c'est souvent comme ça en plus, la personne le pense vraiment. »

D 2 : « Quand tu les écoutes, elles minimisent la situation, trouvent des justifications etc.... c'est toujours elle qui l'a énervé etc.... »

D 5 : « Oui, elle te justifie toujours ces violences par différents prétextes, qu'elle n'a pas bien fait le ménage, que les enfants étaient turbulents et qu'elle n'arrivait pas à les calmer... »

Et ne savent plus ce qui est normal (8 citations) :

A 4 : « ...ne sachant pas trop où est la limite : est-ce que ça c'est grave ? Est-ce qu'il risque quelque chose ? Ou est-ce que c'est juste pas sympa ? », A 3 : (Parlant d'une patiente qui lui dit cela) « Il m'a forcé pour avoir un rapport sexuel, mais c'est pas un viol ça vu que c'est mon mari ? » « Si ? », A 3 : « Si tu vois une petite routine de violences se mettre en place, toi t'es là pour dire stop non c'est pas normal. », A 1 : « Oui il faut bien le re-spécifier car pour elle c'est

peut-être devenu normal et c'est plus des violences. », A 4 : « C'est ça, c'est peut-être devenu tellement normal qu'elle se dit que c'est peut-être le couple qui ne marche pas. »

C 1 : « elle en parlait assez facilement, j'étais terrifiée par ce que j'entendais et pourtant la personne te le disait d'une façon assez sereine comme ça car c'était fréquent, récurrent »

D 2 : « Mais en fait ça dure depuis tellement longtemps qu'elles ne savent plus ce qui est grave ou anormal, nous on est quand même là pour lui dire : hey c'est pas normal »

Par ailleurs, certaines victimes de **culture différente ont l'habitude de subir des VC dans les mœurs** (13 citations) :

A 1 : « Oui il faut bien le re-spécifier car pour elle c'est peut-être devenu normal et c'est plus des violences. »

C 4 : « Il y a aussi des femmes qui culturellement se font taper dessus dans toutes leurs relations et qui pense peut-être que c'est un acte normal. », C 5 : « Moi j'ai une femme arabe qui m'a dit texto : « il me bat beaucoup moins qu'avant » et elle trouvait ça normal. », C 2 : « Moi une patiente à un moment elle est partie car c'était beaucoup trop et là je lui demande chaque fois si ça va mieux, comment vont les enfants et tout ça, elle me dit ça va mieux : « il est plus calme, je m'en prends moins souvent ». »

C 2 : « j'en ai énormément des pays Arabes ou de Turquie, moi quasi tous les cas que j'ai eu c'est dans cette culture. », C 6 : « Moi j'avais une famille turque mais ils ont divorcé, elle est partie car il était trop méchant. C'est la grande fille qui l'a amené en consultation pour qu'elle parle de ça. »

C 4 : « Oui mais certaines patientes n'ont pas d'autre normalité que les coups. », C 4 : « mais il faut quand même leur proposer de porter plainte pour qu'elles comprennent que c'est pas normal et la gravité des violences... »

D 3 : « Faut dire que dans certaines cultures les femmes se font battre par le mari de mères en filles, à force de se reproduire ça devient normal pour elles. », D 6 : « Tu penses aux pays musulmans, c'est ça ? », D 3 : « Ben ouais quand même en majorité, souvent le mari a tous les droits sur sa femme. »

Chez certaines victimes, on retrouve **une ambivalence** qui peut mettre en échec les tentatives d'aide du médecin traitant (3 citations) :

A 3 : « On lui propose des solutions mais elle va dire non non je peux pas faire ça... »

A 3 : « Là elle te déballe tout, ça part dans tous les sens... et toi tu dois réussir à l'aider. »

D 4 : « Moi ce qui me dérange c'est que souvent tu essayes de lui donner plusieurs solutions, tu te décarcasses à lui trouver des échappatoires car elle vient en panique te demander de l'aide et au final elle ne fera rien de ce que tu lui as proposé. »

Les participants ont souvent mentionné le fait que ces femmes sont **sous emprise** (6 citations) :

A 5 : « C'est déjà des femmes qui n'ont pas trop confiance en elles... »

B 1 : « Elles ont du mal à réfléchir par elles-mêmes. »

D 5 : « Quand les violences conjugales sont installées depuis des années, c'est des femmes qui n'arrivent plus à réfléchir par elles-mêmes », D 6 : « Oui elles sont sous emprise, elles n'arrivent plus à prendre des décisions... », D 1 : « Oui comme si elles étaient sous emprise c'est ça. »

Le silence des victimes a également été mis en évidence (5 citations) :

A 2 : « Moi clairement la patiente elle voulait pas avouer, elle voulait pas le dire. »

A 5 : « Mais si elle refuse toujours d'en parler alors que tu proposes ton aide, je ne savais pas quoi faire d'autre. » A2 : « Ben t'avais rien d'autre que tu pouvais faire, si c'était pas une personne vulnérable, c'est-à-dire si elle est sous tutelle ou autre ou si elle est mineure, si elle a toutes ses capacités mentales, tu peux pas la forcer quoi. »

D 2 : « Ben si la patiente elle reste silencieuse comme ça en face de toi, tu peux pas non plus la forcer à t'en parler. »

D 4 : « Parfois tu suspectes vraiment des violences du fait du contexte clinique ou des lésions physiques objectivées mais si la patiente en face de toi elle reste silencieuse, ne parle de rien du tout malgré tes questions ben tu peux pas trop la forcer. »

En résumé, les participants ont décrit **l'attitude des patientes victimes de VC** avec les réponses suivantes :

- elles **minimisent** ;
- elles **ne savent plus ce qui est normal** ;
- elles ont une **certaine ambivalence** ;
- du fait des **déterminants culturels, certaines patientes ont l'habitude de subir des violences dans les mœurs** ;
- elles sont **sous emprise** ;
- parfois elles restent **complètement silencieuses**.

IV.1.6. Les attentes de la victime

Il faut pouvoir **cerner les attentes de la victime** (18 citations) :

A 4 : « et là brutalement tu connais pas le dossier, tu connais rien et vraiment il y a une demande, elle te sort tout en même temps, qu'elle veut divorcer mais qu'elle sait pas trop... qu'elle est en train de faire des démarches, ça part dans tous les sens et toi il faut que t'arrives à l'aider »

A 4 : « Aussi arriver à caractériser au niveau droit, légal, car c'est aussi une demande », A 3 : « les gens ils viennent te voir pourquoi, qu'est-ce qu'ils attendent de toi et qu'est-ce que tu peux leur offrir, qu'est-ce que tu vas pas leur offrir, est ce qu'on va jusqu'au bout du judiciaire ? »

A 4 : « Ben ils ont des questions, et ils te demandent à toi de répondre. », A 2 : « Oui mais t'es pas obligé de répondre tout de suite. » A 6 : « Oui mais c'est de savoir ce que la personne attend déjà. », A 6 : « Oui tu l'orientes si elle veut quoi, c'est pas souvent le cas. »

C 3 : « Pour moi c'est aussi la difficulté de cerner les attentes exactes de la personne. Est-ce qu'elle attend des soins ? Est-ce qu'elle attend un certificat ? Des conseils ? », C 2 : « Après il faut voir vraiment quelle est la demande de la patiente. », C 1 : « parce qu'après c'est pas forcément ça qu'ils attendent, nous on a envie de les aider mais... »

C 7 : « Jusqu'à ce qu'elle soit prête à le faire. », C 4 : « Sous le choc, elles arrivent chez nous, soit ça vient de se passer soit c'est la Xème fois, elles osent enfin parler, elles attendent aussi des

options de prise en charge, soit claquer la porte soit en parler au moins pour se libérer. », C 1 : « En fait c'est aussi le fait de trouver la bonne place »

D 1 : « Ben déjà au départ faut savoir ce qu'elle attend de toi... », D 4 : « Oui je dirais cerner ses attentes. »

Souvent elles attendent juste une **écoute attentive** (9 citations) :

A 6 : « En même temps si c'est pas la même personne que d'habitude, tu sais pas quelle relation elle a avec son médecin, peut-être que la personne va en profiter du fait que ce soit pas le médecin du village pour en parler justement. » A 5 : « Et parfois les remplaçants ils se prennent plus de temps aussi. », A 3 : « moi j'suis beaucoup plus mal à l'aise quand elles mettent ça à plat sur la table parce que quand elle nous connaissent pas boum poser ça ouhhh comme si elle déposait ses valises, c'est un peu comme déminer une bombe, un peu compliqué, moi j'suis beaucoup plus mal à l'aise quand elles déballent ça que lorsque je le suspecte mais bon... »

C 4 : « Moi je pense qu'il faut être à l'écoute, professionnel », C 4 : « je pense qu'être à l'écoute c'est la première chose qu'il faut faire. »

C 7 : « J'serai plutôt dans le sens de la laisser avancer et être disponible pour elle jusqu'au moment où elle aura décidé de faire quelque chose. »

C 1 : « je me suis aperçue qu'elles ont surtout besoin d'écoute. Je sentais que j'avais envie de donner mon avis mais que ça n'avait pas lieu d'être. », C 1 : « on sentait qu'elle n'attendait pas de moi que je lui dise voilà il faut me sortir de là je suis en danger, c'est qu'en fait elle avait un mal-être, besoin d'une écoute. », C 1 : « C'est un peu comme si elle déposait ses valises, voilà où j'en suis, la difficulté c'est pour toi, de te placer par rapport à son attente, de trouver sa place. »

D 5 : « Déjà de l'écouter c'est un bon début »

Les médecins ont mentionné que le fait d'**en parler était déjà un début du processus de guérison** (2 citations) :

A 3 : « si la personne elle l'avoue enfin si on peut employer ce mot-là, j'me dis, peut-être la personne aura la révélation à ce moment-là, peut-être qu'elle pourrait relier ses troubles à ce problème, ce qui a aussi un côté libérateur »

D 2 : « Peut-être que le fait qu'elle en parle c'est déjà un début... »

Souvent lorsqu'elles en parlent c'est pour **protéger leurs enfants** (7 citations), parfois **l'enfant est utilisé comme motif de consultation** (3 citations) :

A 2 : « Et l'enfant ça peut être un vrai symptôme, lui aussi peut être victime de violences. » A 4 : « Ou souffrir des violences de la mère. », A 6 : « Malheureusement parfois les seules fois où elles consultent c'est pas pour elles, elles viennent pas forcément quand leur enfant va bien. »

B 6 : « surtout vu qu'elle était enceinte et qu'elle disait qu'il n'a pas fait exprès et tout, que c'est elle qui est pas de bonne humeur à cause de la grossesse et qui l'a énervé, qu'elle est juste là pour voir si le bébé va bien et qu'elle voulait rentrer après. J'avais même un peu peur pour elle. »

C 2 : « Moi je trouve que lorsqu'elles commencent à en parler, c'est qu'elles commencent à avoir peur pour leurs enfants. Moi dans $\frac{3}{4}$ des cas, celles qui en ont parlé c'est quand les enfants étaient à côté ou qu'ils ont vus quelque chose ou si le mari a été un peu violent envers les enfants. »

D 2 : « Moi j'ai quand même l'impression que c'est dans les situations où le mari il devient violent avec les enfants que la mère finit enfin par en parler. » D 3 : « Oui ou bien qu'elle voit que ses enfants souffrent eux aussi de la situation, même si le père n'est pas directement violent avec eux mais par exemple s'il est violent envers elle devant leurs yeux. »

Dans certains cas, elles peuvent néanmoins être déjà dans une optique de **porter plainte** (11 citations) :

A 4 : « Aussi arriver à caractériser au niveau droit, légal, car c'est aussi une demande, souvent elles minimisent aussi, ne sachant pas trop où est la limite : est-ce que ça c'est grave ? Est-ce qu'il risque quelque chose ? Ou est-ce que c'est juste pas sympa ? »

A 3 : « Il m'a forcé pour avoir un rapport sexuel, mais c'est pas un viol ça vu que c'est mon mari ? » « Si ? »

A 4 : « Comme tu dis il y a une partie médicale, par exemple le certificat coups et blessures, soigner le corps si violence physique et voilà, c'est relativement dans nos cordes mais après si on a les connaissances en droit, dans le domaine légal, on peut dire oui mais ça c'est pas normal, ben on peut mieux orienter cette personne quitte à demander l'avis d'un avocat, ça permet d'avoir des réponses à leur donner tout en se mettant un peu à distance, ça c'est du recours de un tel mais il faut déjà le savoir que tel acte c'est... »

A 3 : « Après ce qu'il faut savoir c'est aussi ce que tu peux faire... les gens ils viennent te voir pourquoi, qu'est-ce qu'ils attendent de toi et qu'est-ce que tu peux leur offrir, qu'est-ce que tu vas pas leur offrir, est ce qu'on va jusqu'au bout du judiciaire ? »

C 1 : « dans ce cas là c'est quelqu'un qui vient avec des coups et qui est déjà dans la démarche de porter plainte ... »

D 1 : « Ça m'est arrivé qu'une de mes patientes vienne d'emblée pour ça, elle voulait porter plainte pour violences conjugales et avait besoin d'un certificat médical de coups et blessures. Elle m'en parlait d'une façon assez calme et détachée, ça m'avait étonnée sur le coup. »

D 2 : « Moi un jour il y a une patiente de mon associé qui est venue chez moi en consultation alors que c'est mon associé qui est son médecin traitant mais elle est spécialement venue sur mes heures de consultation parce qu'elle avait honte d'en parler à mon associé car il connaissait toute sa famille et n'arrivait pas à en parler avec lui, c'était trop difficile pour elle alors elle est venue chez moi, son associé, pour quand même demander un certificat car elle hésitait à porter plainte mais voulait l'avoir au cas où elle en aurait la force... »

Cependant, le plus souvent elles ne sont **pas du tout dans l'optique d'entamer une procédure** (12 citations) :

A 2 : « de toute façon ça n'a abouti sur rien de concret parce qu'elle n'était pas dans la demande d'aide, de procédure ou quelque chose comme ça. »

B 1 : « je suis pas persuadée qu'elle ait osé porter plainte contre son mari. »

C 2 : « parfois la demande est juste ben voilà il m'a fait mal, j'ai personne à qui en parler... et finalement elle va rester. », C 2 : « Oui c'est ça, les couples ne se séparent pas forcément. »

C 1 : « quand j'ai à peine évoqué de porter plainte, partir, est-ce qu'elle avait de la famille, d'emmener les enfants, ben en fait finalement je me suis rendue compte que c'était pas du tout ça qu'elle attendait, elle était même un peu surprise, elle m'a dit non non. C'est un peu comme si elle déposait ses valises, voilà où j'en suis, la difficulté c'est pour toi, de te placer par rapport à son attente, de trouver sa place. »

D 1 : « Parfois tu lui proposes de l'aide et de porter plainte et elle te répond : non non mais c'est pas du tout ce que je veux faire docteur ! Souvent ces couples restent quand même ensemble. »,

D 2 : « Ben c'est aussi qu'elles ont peur de porter plainte car c'est quand même leur mari, et peut-être qu'elles ont peur d'encore plus de violences quand le mari apprend qu'elle a porté plainte. »

Tout d'abord il faut que le médecin cerne **les attentes de la patiente**, elles divergent et peuvent être :

- **être écoutée** ;
- pouvoir **en parler** (déjà un début du processus de guérison) ;
- **protéger leurs enfants** ;
- **porter plainte** ;
- néanmoins, **la plupart ne sont pas du tout dans l'optique d'engager une procédure.**

IV.1.7. Les femmes victimes ne parlent pas / partent pas

Une allégation souvent retrouvée dans le verbatim est le fait que les victimes **ne parlent pas** et surtout **ne partent pas** pour les motifs suivants :

La peur des représailles est une des premières raisons (4 citations) :

C 6 : « Parfois elles ont peur des représailles. Il faut pouvoir les protéger après. », C 2 : « Oui 90% je suis sûre que c'est ça. »

D 6 : « Je pense qu'il y a aussi la peur des représailles qui pèse dans la balance. Elles pensent être nulle part en sécurité. »

Il y a également la **peur de la précarité** (7 citations) :

C 4 : « Et la pauvreté qui en résulte. Quand on divorce déjà quand on est 2 à avoir du boulot c'est dur mais quand elles n'ont pas de boulot c'est encore plus dur. », C 3 : « La précarité. »

C 1 : « Financièrement, les enfants, le logement. »

D 2 : « Et aussi peur d'être sans ressource financière avec ses enfants. », D 4 : « Oui de pas pouvoir payer un logement pour elle et ses enfants. », D 1 : « La précarité ? »

Souvent, elles se sentent **prises au piège**, sont **sous emprise** (8 citations) :

B 1 : « Elles ont du mal à réfléchir par elles-mêmes. »

C 6 : « Elles sont un peu prises au piège. », C 2 : « C'est ça justement qui rend l'homme fort, il a une emprise, la femme pense qu'elle ne peut pas partir. », C 1 : « Elles sont de toute manière tenues par quelque chose. »

D 5 : « Quand les violences conjugales sont installées depuis des années, c'est des femmes qui n'arrivent plus à réfléchir par elles-mêmes », D 6 : « Oui elles sont sous emprise, elles n'arrivent plus à prendre des décisions... », D 1 : « Oui comme si elles étaient sous emprise c'est ça. »

Parfois, elles ont vécu une **mauvaise expérience à la Police ou à la Gendarmerie** (3 citations) :

A 2 : « C'était quelqu'un qui avait été violée et en fait qui était allée spontanément porter plainte et le policier lui a dit : « Écoutez votre plainte est irrecevable parce qu'il était dans votre lit, vous avez accepté qu'il soit votre petit ami et du coup il n'y a pas de viol. »

A 2 : « Du coup, je lui ai fait son certificat et je lui ai demandé de retourner porter plainte mais vu comme elle s'était fait recevoir, je ne sais pas si elle a osé retourner... »

D 3 : « Parfois elles ont des mauvais souvenirs liés à la Police et appréhendent. »

Le fait de **porter plainte est un risque de se prendre encore plus de coups** (6 citations) :

C 1 : « Moi ce qui me fait peur c'est le retour à domicile, est-ce qu'elle va pas s'en prendre encore plus ? », C 4 : « Oui moi je me dis qu'on peut déclencher un tsunami... comme un éléphant dans un magasin de porcelaine. », C 4 : « Ça on le sait et c'est ce qui nous amène à parfois taire ça. »

D 2 : « Ben c'est aussi qu'elles ont peur de porter plainte car c'est quand même leur mari, et peut-être qu'elles ont peur d'encaisser encore plus de violences quand le mari apprend qu'elle a porté plainte. »

D 4 : « Ça m'est arrivé d'avoir peur pour elle, pour son retour à domicile après avoir rédigé le certificat de coups et blessures et qu'elle soit allée porter plainte... »

Souvent, les victimes **ne partent pas et ne parlent pas**. Plusieurs causes ont pu être mises en évidence :

- la **peur des représailles** ;
- la **peur de la précarité** ;
- l'**emprise** qu'ont les agresseurs sur elles, elles se sentent **prises au piège** ;
- parfois elles ont eu une **mauvaise expérience à la Police ou à la Gendarmerie** ;
- porter plainte constitue un **risque de se prendre encore plus de coups**.

IV.2. Connaissances et formation sur le sujet des violences conjugales

IV.2.1. Manque de connaissance et de formation sur ce sujet

De nombreux participants n'ont eu **aucune formation sur ce sujet durant leur cursus** (24 citations) :

A 2 : Soupir « Pff aucune. », A 3 : « ça va être facile, aucune. », A 5 : « Moi non plus. », A 6 : « Humm je ne crois pas qu'on ait eu de formation significative. », A 4 : « Je crois pas non plus. », A 1 : « Ça a dû être évoqué dans l'item certificat coups et blessures mais sinon j'vois pas trop. », A 2 : « Peut-être un tout petit peu en médecine légale mais c'est plus maltraitance de l'enfant ou

viol. », A 5 : « Oui mais viol c'est différent des violences conjugales, il faut savoir faire la distinction et sur les violences conjugales en soit, on a rien eu. »

B 3 : « Mais bon en même temps on n'a jamais été formé à ça pour bien faire les choses. », B 1 : « Euh...bonne question, aucune, mis à part le cours sur les enfants maltraités où je pense qu'on en a un peu parlé. », B 4 : « Moi rien il me semble. »

B 2 : « J'ai pas de souvenir d'avoir eu une formation sur ça (...), les profs ont dû en faire mention dans le cours sur la maltraitance des enfants avec le signalement et tout. »

C 5 : « Parce que moi je réagis seulement en tant que femme empathique, pas tellement en tant que médecin car j'ai pas été formée à ça. », C 5 : « Aucune. », C 1 : « Aucune où alors je n'en ai pas souvenir. », C 3 : « Aucune. », C 4 : « Aucune. »

D 4 : « Aucune », D 5 : « Absolument aucune »

Et ont un réel **manque de connaissances** :

A 6 : « mais tu peux pas vraiment adopter un discours type violence intra familiale »

B 5 : « Oui moi sérieux, je sais même pas trop la procédure à suivre si finalement elle me répond que oui elle a bien été victime de violences alors c'est peut-être pour ça qu'inconsciemment j'insiste pas trop... », B 1 : « Moi j crois vraiment que la difficulté c'est qu'on n'est pas assez formé sur le sujet et qu'alors on sait pas trop par où commencer.

C 1 : « Toutes les choses que je vais sortir à la patiente c'est pas ce que j'ai appris mais c'est mon ressenti en tant que femme. »

La plupart des médecins participants avouent leur **méconnaissance des réseaux et des supports** (29 citations) :

A 2 : « on n'est pas souvent confronté à ça donc euh on n'a pas forcément notre réseau... », A 6 : (parlant du planning familial) « donc tous les réseaux qu'on connaît pas eux ils les connaissent, ils ont des médecins aussi qui ont l'habitude de parler des choses comme ça. », A 2 : « Des supports ? » (l'air étonné), A 3 : « Tu vois, j'savais même pas que ça existait. Mais tu ferais ça

toi ? », A 5 : « Moi j'étais jamais dans un cabinet où il y avait des prospectus de ce genre pour m'aider. »

B 1 : « Oui t'as peut-être raison, comment tu peux aborder le sujet si après en fin de compte tu sais pas quoi faire quand elle te dit oui c'est vrai il m'a frappé. », B 1 : « j'connais pas le réseau, les partenaires et tout. », B 1 : « Moi j'crois vraiment que la difficulté c'est qu'on n'est pas assez formé sur le sujet et qu'alors on sait pas trop par où commencer. », B 4 : « Moi c'est surtout que si elle me dit oui je suis victime de violences ben je ne connais absolument pas le réseau, j'me dis, elle le verra sur ma tête que j'y connais rien, c'est sûr. », B 4 : « Non moi non plus, j'ai jamais vu des brochures comme ça en salle d'attente. »

C 5 : « moi je connais pas bien tous les réseaux, etc., à qui adresser ? », C 2 : « On les connaît pas. », C 2 : « le point important c'est qu'on ne sait pas où aller. », C 2 : « Ouais moi j'ai aucune adresse. », C 6 : « J'ai pas de partenaire. » Rires

C 2 : « Moi j'en ai pas trop de partenaires », C 2 : « Non moi j'ai rien de tout ça. », C 2 : « Ah non je connais pas. »

D 1 : « Franchement je sais pas vraiment par où commencer parce qu'on n'est quand même pas très souvent confrontés à ça alors on n'a pas forcément notre réseau. », D 4 : « Vous parlez de quoi comme support ? », D 3 : « C'est quand même pas tous les jours que t'es dans une consult' de ce type, alors t'as pas toujours ton réseau spécialisé. »

La sous-estimation de la prévalence a également été mise en évidence par les médecins participants (12 citations) :

A 2 : « Je pense qu'on sous-estime à mon avis, ben oui ça sensibiliserait c'est sûr. »

A 5 : « Je suis d'accord avec toi c'est un sujet délicat et on sous-estime le chiffre des femmes battues et de toutes les violences conjugales »

C 6 : « Je pense, enfin j'espère que c'est quand même pas si fréquent que ça. », C 5 : « C'est peut-être là que justement on se leurre. Parce que selon les chiffres c'est ultra fréquent. », C 7 : « C'est pour ça je pense qu'on en loupe énormément oui oui. », C 5 : « C'est plus que 5 à 10% des femmes ? » (Avec un air choqué)

D 2 : « Après c'est quand même pas si fréquent que ça non ? », D 6 : « Je pense qu'on sous-estime le chiffre justement. », D 3 : « Ben je crois que c'est parce qu'on sous-estime ce chiffre qu'on passe à côté de plusieurs cas. »

Dans tous les focus groups, les participants déplorent :

- un **manque de formation** et de **connaissances** sur ce sujet ;
- une **méconnaissance des réseaux et supports** ;
- une **sous-estimation de la prévalence des VC**.

IV.2.2. Connaissance de quelques réseaux ou numéros d'appel

Les participants ont mentionné leur connaissance de certaines **associations** (18 citations) :

A 6 : « CIDFF, le planning familial... ils maitrisent tous les réseaux », A 6 : « Non pas vraiment mais je demanderai au planning familial. Ah il n'y a pas SOS femme solidarité ou quelque chose comme ça ? », A 3 : « j'ai eu le cas où une femme a dû quitter son domicile et où le secours catholique l'aidait un peu mais je ne pense pas que ce soit spécialisé, c'était surtout pour qu'elle ne se retrouve pas à la rue. »

B 2 : « Il y a aussi le planning familial. », B 3 : « Les associations genre femme solidarité ou l'autre là je sais plus le nom. Et ça dépend aussi d'où la patiente habite je pense. », B 6 : « Et si elle veut partir il y a des foyers d'urgence je crois mais je sais plus où, mais il y en a à Strasbourg il me semble. »

C 4 : « Il y a aussi SOS femme battues, il y avait aussi des foyers à Strasbourg, la grande écluse, le foyer Flora Tristan. », C 4 : « La grande écluse à Strasbourg mais il faut que le couple soit un peu volontaire. » « Après il y avait des foyers de femmes battues à Strasbourg dans le temps mais je ne sais pas si ça existe toujours. »

D 5 : « Moi je connais SOS Femmes Solidarité, Femmes de paroles, le Planning familial », D 1 : « Oui j'aurais dit ça aussi ! », D 6 : « Le CIDFF... »

Ils ont également mentionné des **personnes physiques** (13 citations) :

A 1 : « Psychologue, assistante sociale. », A 2 : « Ben il faut appeler l'assistante sociale non ? Elle saura mieux te guider pour ça. »

B 1 : « Ben déjà je dirai qu'il y a l'assistante sociale. », B 1 : « Moi sérieusement, j crois que j'appelle l'assistante sociale », C 4 : « l'assistante sociale... », C 1 : « parfois l'assistance sociale. »

C 5 : « Ouais l'assistante sociale surement. », C 4 : « je pense que de temps en temps il y a des consultations gratuites d'avocat, ça ça doit exister. »

D 2 : « Franchement l'assistante sociale doit connaître ce réseau, moi je pense que je l'appelle à la rescousse. », D 6 : « Assistante sociale et psychologue, il y a des permanences de psychologue dans les services de police je crois », D 1 : « Parfois y a des permanences d'avocat aussi, j crois que c'est au CIDFF »

Des **sites internet** (7 citations) :

A 6 : « Des sites internet oui, d'information. Il y en a. Genre stop-violences-femmes.gouv.fr un truc comme ça. », A 4 : « Après il y a moyen d'avoir des favoris, sur internet par exemple, j'ai accès à pas mal de documents comme ça. »

B 1 : « Il y a des sites internet aussi je crois c'est stop violence il me semble. »

C 7 : « Internet surtout. »

D 3 : « Des sites internet, stop violence il me semble. », D 2 : « Tu peux chercher sur internet. »

Des **numéros d'appel gratuit** (11 citations) :

A 4 : « Il y a des numéros gratuits il me semble, des trucs abrégés »

A 6 : « Après il y a un numéro d'appel pour les violences mais j'arrive jamais à retenir le numéro, ça doit être le 119, à moins que ce soit pour les enfants celui-là, je sais plus. » Modérateur : « Quelqu'un connaît le numéro ? » A 2 : « Mais ça on peut le chercher sur internet. Regarde voilà c'est 3919. » A 6 : « J'avais le 19 » Rires.

A 6 : « T'appelles le SAMU social, l'hébergement d'urgence j'crois que c'est le 115, mais je ne connais pas la limite de leurs autorisations d'hébergement d'urgence mais je crois que c'est plus des hébergements d'urgence de gens à la rue. »

B 5 : « Il y a aussi un numéro d'appel je crois, il me semble 119 non ? » B 4 : « C'est pas pour les enfants maltraités ça ? » B 2 : « Je viens de checker sur internet, c'est le 3919 ! »

C 7 : « Il y a un numéro anonyme et gratuit pour les femmes battues », C 7 : « Et le numéro : c'est 3919 en fait j'ai vérifié dans mon téléphone. »

D 6 : « Y a un numéro d'appel pour les violences faites aux femmes, avec 19, je sais plus trop mais on peut le retrouver sur internet. », D 1 : « Oui il me semble aussi qu'il y a un numéro dédié, peut-être aussi le 115 si elle est à la rue si elle quitte son mari. »

Des forces de l'ordre (8 citations) :

A 2 : « ... et la police aussi quand elles osent porter plainte. »

B 6 : « Il y a la police aussi ou la gendarmerie et je crois qu'il y a des permanences de psychologue certains jours. »

C 5 : « La Police il faut le dire, pour tout ce qui est plainte etc... », C 4 : « Oui le commissariat de police... », C 1 : « ...mis à part la police... »

D 5 : « La police, faut quand même le citer, et gendarmerie pour ceux qui habitent pas dans une ville. », D 3 : « Comme vous disiez, la police déjà pour porter plainte et recevoir de l'aide d'une psychologue sur place. »

Des supports et prospectus (4 citations) :

A 2 : « J'suis déjà tombée sur des prospectus dans certaines salles d'attente mais j'y pense pas sur le moment en consultation »

B 6 : « Non, mais je crois qu'il en existe sur les violences conjugales, j'en ai déjà vu en salle d'attente de gynéco. » B 1 : « Pareil j'en ai déjà vu, c'est celui où j'ai vu le site stop violence »

D 4 : « Je crois qu'il existe des affiches et des prospectus pour la salle d'attente »

Certains ont pensé à **l'hôpital** comme réseau (7 citations) :

A 2 : « Médecine légale ... »

C 4 : « le service de gynéco qui peut être partenaire, le service des urgences. »

D 2 : « Tu peux aussi te débrouiller avec l'hôpital, soit la médecine légale soit le service de gynéco ou des urgences. », D 4 : « Sinon tu peux demander de l'aide aux spécialistes : les médecins légistes. »

Les **réseaux** auxquels ont pensé les participants sont :

- les **associations** telles que **SOS femme solidarité, Foyer Flora Tristan, CIDFF, Planning familial, secours catholique, la grande écluse, femmes de paroles** ;
- les **personnes physiques** telles **qu'un(e) assistante social(e), un(e) psychologue, un(e) avocat(e)** ;
- les **sites internet** comme **stop-violences-femmes.gouv.fr** ou simplement avoir des **favoris** sur internet ;
- les **numéros d'appel gratuits** tels que le **3919** (ou au moins savent qu'il y a un numéro mais oublié duquel), **115** (SAMU social) ;
- les **forces de l'ordre** : la **Police** et la **Gendarmerie** ;
- des **supports ou prospectus** ;
- **l'hôpital** avec les services de **gynécologie, la médecine légale et les services d'urgence**.

IV.2.3. Participation à certaines formations

Certains participants ont fait des **formations optionnelles** (6 citations) par le **DMG** :

B 5 : « Bon moi je suis le jeunot de la bande... rires... alors je peux dire que depuis cette année il y a une formation aux internes par le DMG à laquelle j'ai participé, elle regroupe les violences faites aux femmes et la maltraitance envers les enfants. C'était intéressant franchement. Et en plus ça m'a fait des points formation. », B 6 : « Maintenant je crois qu'il y a une formation destinée aux internes effectivement mais je n'y étais pas, peut-être s'il y en a une prochaine session. »

C 7 : « Moi du coup à la maison de santé du Neuhof à l'occasion de mon stage chez le praticien et j'ai fait une formation optionnelle... » C 7 : « Oui, fait par le DMG. »

C 7 : « avec des jeux de rôle aussi. En fait on était filmés dans une pièce où on était face à quelqu'un qui jouait le patient et après on débriefait par rapport à ce qui a été dit. »

D 1 : « Il me semble qu'il y a maintenant une formation destinée aux internes par le DMG mais j'étais déjà plus interne alors je l'ai pas fait. », D 3 : « Oui j'ai entendu ça aussi. »

Ou en autodidacte (3 citations) :

A 3 : « Moi ce que j'ai recherché en autodidacte c'est pour ces histoire de mémoire traumatique. »

D 6 : « Moi j'avais un peu été sur le site stop violence voir ce qu'ils disaient à propos des violences conjugales. »

D 3 : « Oui y a un autre site qui s'appelle déclic violence que j'ai trouvé quand j'ai accepté de participer à ce focus group et que j'avais peur de ne rien savoir ! Rires. »

Ou par AGJIR (6 citations) :

A 6 : « Bon moi je fréquente des associations, c'est des thématiques abordées et où ils proposent des formations, comme celle d'AGJIR en association avec SOS Femmes Solidarité. », A 1 : « J'ai vu passer un mail sur une formation AGJIR. »

D 3 : « Il y a une formation AGJIR il me semble, il me semble avoir lu un mail à ce sujet. », D 1 : « Oui j'ai aussi vu ça. »

Un participant avait connaissance d'un DU mais ne l'a pas fait car il avait lieu trop loin (1 citation) :

A 6 : « J'crois qu'il y a même un DU qui existe mais pas chez nous et si c'est genre à Bordeaux c'est un peu compliqué quoi. »

Certains n'ont pas bénéficié des « nouvelles formations » car n'existaient pas à leur époque (5 citations) :

C 2 : « Ah ouais ? Moi ça n'existait pas. », C 5 : « Moi non plus mais vu mon âge je suis pas une référence ! Rires. », C 3 : « Moi non plus et je n'ai pas eu d'e-mail ni d'invitation proposant ce type de formation »

D 5 : « Moi je dois être trop vieille mais je n'ai eu aucune formation de ce type, ça n'existait pas et là je n'ai eu aucune invitation à ce type de formation en DPC. »

IV.2.4. Formation « sur le tas »

Certains avouent s'être formé sur le tas en passant par certains stages (14 citations) :

A 1 : « Mais moi dans l'internat dans mon stage de gynéco on nous avait sensibilisé là-dessus et on nous disait de le demander de manière systématique dans l'interrogatoire avec les antécédents, voilà. », A 6 : « mais tu peux pas vraiment adopter un discours type violence intra familiale »

B 3 : « on l'apprend sur le tas, quand on est en stage et tout. »

B 1 : « Alors la formation « sur le tas », elle diffère vraiment d'où t'es passé je trouve. Ou si tu as le temps de discuter sur ta façon d'aborder les choses et pas que sur le traitement que t'as mis en place, genre là j'suis en SASPAS et dans les débriefings parfois on parle de ça « de la façon d'être avec le patient » alors que j'ai des potes en SASPAS, ils n'ont même pas de débrief'...enfin vous voyez ce que je veux dire. » Rires, B 3 : « c'est pas du tout équivalent la formation qu'on a sur le terrain en fonction des différents stages. »

C 1 : « Toutes les choses que je vais sortir à la patiente c'est pas ce que j'ai appris mais c'est mon ressenti en tant que femme. »

D 1 : « Faut dire que pour ces trucs-là, on est plutôt formés sur le tas, en stage et tout, après ça dépend d'où on tombe. », D 5 : « Moi je pense que ça je l'ai même appris seulement après mes

études, quand je travaillais déjà, nous à l'époque on n'avait même pas d'internat à proprement parler en médecine générale mais je trouve que c'est très bien d'avoir maintenant un vrai internat de médecine générale, ça permet quand même d'avoir un peu plus de pratique avant d'être vraiment seul au cabinet. », D 3 : « De toute manière le savoir être ça s'apprend que sur le tas. »

IV.2.5. Certains items ECN l'évoquaient sans que ce soit développé

Certains des participants ont mentionné **des cours lors de la préparation de l'ECN qui évoquaient** les violences conjugales ou le certificat de coups et blessures (7 citations) mais sans être développé.

A 1 : « Ça a dû être évoqué dans l'item certificat coups et blessures mais sinon j'vois pas trop. »

A 2 : « Peut-être un tout petit peu en médecine légale mais c'est plus maltraitance de l'enfant ou viol. »

A 5 : « Oui mais viol c'est différent des violences conjugales, il faut savoir faire la distinction et sur les violences conjugales en soit, on a rien eu. »

B 1 : « Euh...bonne question, aucune, mis à part le cours sur les enfants maltraités où je pense qu'on en a un peu parlé. »

B 2 : « J'ai pas de souvenir d'avoir eu une formation sur ça (...), les profs ont dû en faire mention dans le cours sur la maltraitance des enfants avec le signalement et tout. »

D 1 : « Je pense que ça a dû être évoqué avec le viol ou la maltraitance des enfants »

D 6 : « Ils l'ont peut-être évoqué lors des cours sur la rédaction des certificats de coups et blessures. »

IV.2.6. Volonté d'avoir de meilleures connaissances pour se sentir plus à l'aise

Quelques participants ont mis en avant les **bénéfices qu'aurait une formation sur leur pratique** (6 citations) :

A 2 : « Ben si j'y pense, déjà ça nous sensibiliserait plus, peut-être on chercherait plus. » , A 6 : « Oui c'est sûr »

B 3 : « Ben moi comme j'ai dit avant j'y pense qu'il faudrait nous former à ce genre de consult' car j'avais l'air mal à l'aise même de l'extérieur et j'y pense que ça n'aide pas la femme à se sentir en confiance. », B 2 : « c'est un peu pareil pour tout non ? Si tu connais bien une patho, t'arrives mieux à la prendre en charge »

C 5 : (à la question : comment peut-on vous aider à vous sentir plus à l'aise) « Peut-être nous former. »

De nombreux participants ont émis leur **volonté d'avoir de meilleures connaissances du réseau d'aide spécialisé** (15 citations) :

A 2 : (A la question, qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise ?) « Etre en lien avec des assistants sociaux. » « Connaître les partenaires sociaux du secteur »

A 4 : « donc avoir une procédure qui fonctionne avec des agents locaux chez qui tu peux adresser », A 4 : « on peut mieux orienter cette personne quitte à demander l'avis d'un avocat, ça permet d'avoir des réponses à leur donner tout en se mettant un peu à distance, ça c'est du recours de un tel mais il faut déjà le savoir que tel acte c'est... »

B 2 : « le fait de savoir au moins quoi faire si elle te dit qu'elle est victime de violences conjugales, où l'adresser, vers qui se tourner, ça aide quand même à se sentir un peu plus à l'aise, de pas être « sans réponse » »

C 5 : « Et ça justement, ça serait bien de les connaître, savoir où adresser. », C 1 : « et c'est pour ça qu'on parlait au début d'orienter vers des réseaux. », C 2 : « Peut-être d'avoir des contacts, des pistes à donner, des documents, un numéro. ... », C 1 : « Après ça peut peut-être passer par des affiches dans la salle d'attente qui évoquent ça et qui disent voilà ton médecin il est aussi là pour ça, pour entendre ce genre de plainte si jamais », C 4 : « Ce qui faudrait c'est un réseau quelque chose. »

C 4 : « Non sûrement parce que ça n'intéresse pas les groupes privés ou labo qui nous distribuent les flyers. On a peu de flyers institutionnels. », C 2 : « Il doit en exister un non ? »

C 4 : « déjà vu en affiche mais pas en flyer pour la salle d'attente. »

D'autres évoquent aussi la volonté d'avoir de meilleures connaissances sur **le côté psychologique, le savoir-être et comment s'adresser à la patiente** (15 citations) :

A 6 : « C'est pareil pour la violence, même en terme de formation, il faut quelque chose sur comment communiquer là-dessus ... », A 4 : « C'est la différence entre le savoir et le savoir-être, effectivement pour la théorie pourquoi pas le e-learning mais ça ne marcherait pas pour le savoir-être qui se fera forcément par rapports directs. »

B 3 : « Mais il faut aussi dire que dans les violences conjugales il y a une part psychologique, il faut avoir un dialogue avec beaucoup plus de psychologie »

B 1 : « pour la part de psychologie et comment s'adresser au patient dans tel ou tel cas, ça dépend aussi beaucoup d'où on est passé en stage car il y a des maitres de stage ou des chefs supers pour ça mais d'autres comment dire... dans les débriefings parfois on parle de ça « de la façon d'être avec le patient » »

C 2 : « Au niveau administratif ? Ou comment se comporter ? »

D 2 : « En fait il faut de la pratique pour tout ce qui est de l'ordre du savoir-être avec la patiente, ça s'apprend pas en cours ... », D 1 : « Il faut savoir comment se comporter avec la patiente, quand on parle de violences c'est quand même avoir un dialogue avec plus de psychologie et de tact. »

IV.2.7. Envoyer aux réseaux : déléguer le problème ?

Cependant certains médecins **ont l'impression de déléguer le problème** lorsqu'ils envoient à un réseau (8 citations) :

A 4 : « des agents locaux chez qui tu peux adresser oui ça peut rassurer mais est-ce que c'est pas un peu déléguer le problème ? », A 2 : « non il faut faire les 2, j'dirai pas déléguer, c'est quand même aussi un problème médico-social donc t'as besoin d'eux, tu peux pas faire toutes les choses tout seul. », A 4 : « Mais est-ce que c'est pas un peu simple de lui dire d'aller porter plainte et de

la laisser partir ? », A 3 : « Oui mais moi je trouve que c'est quand même la renvoyer quelque part, même si c'est pas une personne physique. »

C 2 : « Est-ce qu'on va pas se cacher derrière ça et leur refiler le bébé ? »

D 4 : « Mais est-ce que de l'envoyer dans ces associations c'est pas un peu déléguer le problème ? », D 5 : « Non moi je trouve que justement il faut travailler de manière pluridisciplinaire pour aider au mieux la patiente, on peut pas tout faire tout seul. », D 1 : « Oui je dirais pas que c'est déléguer, c'est travailler ensemble dans le but d'aider au mieux la patiente. »

En ce qui concerne **leur formation actuelle** sur ce sujet :

- certains ont participé à des **formations optionnelles** telles que celle proposée par le **DMG pour les internes**, ont participé ou vont participer à la **formation AGJIR en association avec SOS Femme Solidarité**, d'autres se forment **en autodidacte** et pour les médecins déjà installés et plus âgés, **ces nouvelles formations n'existaient pas à leur époque ;**
- d'autres se sont **formés sur le tas ;**
- d'autres ont évoqué des **items ECN qui l'évoquaient** sans que ce soit vraiment développé.

Pour résumer, les participants avouent avoir **un manque de connaissance et de formation sur ce sujet mais ont une volonté d'en apprendre plus** et notamment sur :

- le **réseau local d'aide spécialisée ;**
- le **côté psychologique, le savoir-être** et la **manière d'aborder** ce sujet avec une potentielle victime de VC ;
- cependant ils **ne veulent pas non plus tout « déléguer » aux associations** et ont la **volonté de rester un acteur de la prise en charge de la patiente.**

IV.3. Le certificat médical initial de coups et blessures

IV.3.1. Les modalités de rédaction

Certains participants sont revenus sur les **modalités de rédaction du certificat médical initial de coups et blessures qui ne sont pas toujours bien claires** mais ce certificat représente une **pièce juridique** qui **engage leur responsabilité** (14 citations) :

A 4 : « il y a une partie médicale, par exemple le certificat coups et blessures, soigner le corps si violence physique et voilà, c'est relativement dans nos cordes »

A 5 : « à part faire le certificat et de dire après d'aller à la police j'crois que je serai un peu larguée »

C 4 : « Au moins de leur remettre le certificat, comme ça elles ont toujours le temps de réfléchir. Elles en auront besoin pour porter plainte. », C 4 : « notre rôle c'est quand même de lui rédiger le certificat même si elle ne l'utilise pas au final. »

C 6 : « moi j pense que le certificat il faut quand même que ce soit une pièce juridique séparée alors moi je le prépare dans le dossier de la patiente mais je ne lui donne pas et elle pourra le chercher si elle veut porter plainte »

C 6 : « En rédigeant un certificat tu engages quand même ta responsabilité. », C 4 : « Ben on met quand même la première partie tout au conditionnel pour les doléances de la victime et le descriptif c'est ce que tu vois, c'est objectif, des mesures, photographique etc. »

C 5 : « J pense qu'il faut surtout bien noter les constatations dans le dossier au cas où elle en demande un lors d'une prochaine consultation. »

D 1 : « Faut toujours bien penser à noter tous les éléments détaillés dans le dossier même si elle ne veut pas de certificat sur le coup parce que ça pourra nous servir plus tard si elle se décide à porter plainte. »

D 4 : « C'est quand même un certificat dans lequel on engage notre responsabilité alors il faut que ça reste bien objectif au niveau des descriptions et tout... »

IV.3.2. Les difficultés à gérer le certificat

D'autres ont plutôt mis l'accent sur les difficultés qu'ils ont à gérer ce type de certificat (9 citations) et certains préfèrent **laisser la rédaction de ce type de certificat aux médecins légistes**, spécialisés dans ce type de situation :

A 4 : « J'sais pas où vous avez fait vos urgences mais à Haute-pierre justement on ne faisait pas les certificats de coups et blessures et par exemple pour un viol, on l'envoyait en médecine légale au NHC... devant un médecin spécialisé en médecine légale avec donc quelqu'un de formé devant lui pouvant lui expliquer les tenants et les aboutissants, on les rentre un peu de force dans le système »

A 3 : « Dans les urgences où j'étais, c'était que pour les viols qu'on les adressait au médecin légiste. Les coups et blessures étaient vus par les internes pour un coup et blessure simple sans viol. Après on peut toujours les ré-adresser vers la médecine légale pour refaire un certificat si nécessaire. »

C 6 : « Ben moi c'est un peu l'inverse du médecin 4, les certificats j'aime pas ça donc je sais pas trop comment les gérer, comment les rédiger correctement », C 4 : « Pour la détermination de l'ITT c'est pas toujours évident... »

D 2 : « Moi j'sais jamais trop comment m'y prendre pour la détermination de l'ITT... »

IV.3.3. L'ignorance de la cotation du certificat

Plusieurs participants ont avoué **ne pas savoir comment coter un certificat de coup et blessures** (6 citations) :

C 6 : « aussi comment les coter, je sais pas combien tu fais payer un certificat de coups et blessures. », C 4 : « Ben une consultation, 25€ non ? » C 6 : « Ben normalement c'est pas ça »

C 6 : « et elle paye à ce moment-là, bon je le fais payer 30€ mais je sais qu'il y en a qui demandent 90€... »

D 2 : « ...ni comment le coter. »

IV.3.4. Certains médecins se demandent quelle valeur a vraiment le certificat de coups et blessures et s'il sert vraiment à quelque chose

Des participants se sont demandés si **le certificat avait vraiment une valeur** (7 citations) :

A 3 : « je lui ai demandé si elle voulait un certificat, elle dit ben non les mains courantes ça sert à rien, ok, qu'est-ce qu'on fait ? »

C 1 : « Mais par rapport au certificat, finalement ça va jamais très loin, ça permet juste de porter plainte mais en soit la situation ne change pas. », C 4 : « Il y a quand même systématiquement une convocation s'il y a une plainte. », C 7 : « Mais après il se passe quoi ? », C 5 : « On leur rappelle la loi et ce qu'ils risquent. »

D 4 : « Moi des patientes m'ont déjà dit qu'elles ne voulaient pas de certificat car cela ne leur servait à rien. »

D 1 : « Ah ouais, comment ça ça sert à rien ? Ils le demandent quand même lors du dépôt de plainte. » D 4 : « Oui mais si elle sait déjà qu'elle n'ira pas porter plainte peut-être ? Et elles n'ont pas forcément besoin de certificat pour porter plainte et la police peut toujours en demander un en réquisition. »

En ce qui concerne le **certificat médical initial de coups et blessures** :

- plusieurs participants **ne se sentent pas à l'aise lorsqu'il s'agit de le rédiger**, ignorent les modalités de rédaction et disent avoir des difficultés à gérer ce certificat ;
- certains **ignorent la cotation** du certificat initial de coups et blessures ;
- beaucoup **se demandent si celui-ci a vraiment une valeur** lorsqu'il est rédigé par le médecin traitant et préfèrent parfois les rediriger en médecine légale.

IV.4. Le dépistage des violences conjugales

IV.4.1. Dépistage sur signes d'appel

Le plus souvent, les participants dépistent les violences conjugales **sur signes d'appel** (20 citations) :

A 4 : « Alors moi pas de façon systématique, c'est vraiment sur signes d'appel »

A 6 : « Mais c'est pas vraiment des signes d'appel mais plutôt des contextes. »

B 2 : « Oui plutôt s'il y a des signes d'appel, une situation qui s'y prête », B 3 : « Moi il faut vraiment que la situation s'y prête sinon j'ose vraiment pas demander », B 1 : « il faut qu'un signe me mette sur la voix pour amener la question. Sinon on n'a rien sur quoi s'appuyer quoi, pour justifier qu'on lui pose cette question. » Silence. Enfin y'a pas besoin de « se justifier » c'est pas vraiment ce que je voulais dire. Juste un point d'appel pour commencer la discussion sur ce sujet. »

C 7 : « Moi quand on me parle d'un conflit à la maison, je pose systématiquement la question, est ce qu'il y a eu des violences physiques ou autre ? », C 1 : « Moi pour que je pose la question il faut quand même que j'ai un support, qu'elle ait dit quelque chose qui me fait suspecter. »

D 4 : « Moi c'est clairement sur signes d'appel ou dans un contexte particulier, je ne fais pas de dépistage systématique. », D 1 : « Oui moi aussi il me faut des signes qui m'orientent pour oser aborder la question sinon je me vois mal poser la question comme ça sans avoir quelque chose sur quoi m'appuyer. », D 2 : « Pareil, moi je pose la question si j'ai un contexte ou un signe qui m'interpelle. »

D 4 : « C'est assez difficile de demander ça sans avoir quelque chose qui t'a mis la puce à l'oreille. »

Les signes d'appel peuvent être des **signes physiques** (17 citations) :

A 2 : « Déjà les marques physiques. »

B 3 : « Par exemple si la patiente vient avec des cocards ou le nez cassé, j'arriverais mieux à lui poser la question des violences que si elle n'a pas de marques physiques ou de signes de dépression ou d'anxiété »

C 5 : « Ou les bleus. », C 5 : « on peut par rapport à des bleus, des disputes violentes oui mais tout le monde c'est pas possible. »

D 5 : « Si tu vois des hématomes, des cocards, des ecchymoses, tout ça ça t'oriente. »

D 1 : « Genre si la patiente elle vient avec un cocard et le nez cassé, tu poses la question c'est sûr. », D 6 : « C'est sûr que quand elle vient avec des bleus partout et un cocard, ça t'oriente pour poser cette question. », D 3 : « Les hématomes, ecchymoses, cocards, les marques physiques visibles quoi. »

Il peut également s'agir de **signes psychologiques** (21 citations) :

A 5 : « Je trouve aussi les femmes angoissées, dépressives. », A 2 : « Les symptômes fonctionnels récurrents, les multi-plaintives. »

A 3 : « Moi j'en ai un en plus, c'est les colopathes. » Rire général

A 5 : « Moi chez les femmes qui ont aussi des soucis alcooliques, je trouve qu'il faut y penser ou des soucis d'abus de médicaments. »

B 3 : « Par exemple si la patiente vient avec des cocards ou le nez cassé, j'arriverais mieux à lui poser la question des violences que si elle n'a pas de marques physiques ou de signes de dépression ou d'anxiété »

C 1 : « Ou t'as senti quelque chose dans la discussion. »

C 4 : « Est-ce que ça serait de poser la question face à une anxiété, insomnie, dépression où là on devrait poser ce genre de question ? », C 1 : « Oui s'il y a un syndrome anxio-dépressif ou autre. »

D 2 : « Si elle a une période de dépression, un abus de médicaments, un alcoolisme, ça peut t'orienter... », D 5 : « ...Dans son comportement, tu peux voir que quelque chose ne va pas, qu'elle n'est pas comme d'habitude, qu'elle te cache peut-être quelque chose. »

D 1 : « Je dirai aussi les problèmes d'insomnie, de dépression, d'alcoolisme... »

Ou de **témoignages d'une tierce personne** (5 citations) :

A 5 : « j'avais l'avantage que l'infirmière m'avait dit que les pompiers déjà le suspectaient, donc elle, elle voulait pas le dire mais du coup moi dans ma tête il y avait une suspicion et c'était quasiment sûr qu'il y avait eu violences conjugales donc j'ai pu me sentir la force de creuser derrière et de chercher ça mais quand on est pas vraiment certain, ben... c'est un peu particulier, voilà. »

D 3 : « Quand t'es genre aux urgences, tu peux avoir la police ou les pompiers qui te ramènent la patiente qui peuvent te toucher un mot du contexte de leur intervention. »

D 4 : « Parfois quand tu suis toute la famille, t'as un ado ou un frère ou une sœur de la patiente qui te dit qu'il y a probablement quelque chose qui va pas à la maison, ils peuvent suspecter quelque chose... »

En conclusion, dans la plupart des cas, les **médecins dépistent sur signes d'appel** :

- il faut qu'il y ait une **situation ou un contexte** qui s'y prête, un support sur lequel s'appuyer pour poser la question ;
- des **signes physiques** tels que des hématomes, ecchymoses, cocards, nez cassé... ;
- des **signes psychologiques** tels qu'une dépression, une angoisse, des problèmes d'insomnie, des symptômes fonctionnels récurrents, des abus d'alcool ou de médicaments, des disputes violentes ;
- parfois les médecins ont **des informations d'une tierce personne** : l'infirmière, les pompiers ou la Police, des disputes violentes rapportées par les proches, les enfants...

IV.4.2. Certains ont tenté le dépistage systématique

Dans certains stages, les participants ont été **sensibilisés à poser la question de manière systématique** (5 citations) :

A 1 : « En stage de gynéco, on avait été sensibilisé à ça et systématiquement on posait la question avec les antécédents... : « Avez-vous déjà été victime de violence ? » »

B 6 : « En gynéco, ils nous ont quand même sensibilisés à ça vu qu'on passe aux urgences gynéco et qu'il peut y avoir des viols parfois ou vu que la grossesse est apparemment un facteur de risque de violences conjugales (...) Donc en fait c'est dans les questions après les antécédents et tout, il faut demander si elles ont subi des violences dans leur vie. », B 1 : « Oui moi aussi »

B 4 : « Oui nous ils nous ont aussi dit ça en gynéco, de bien penser à dépister les violences, pas forcément conjugales, aussi les viols et tout, que si on a un doute faut vraiment essayer d'aller plus en profondeur et le noter dans le dossier. »

D 1 : « Je suis passée en rempla' à la maison de santé d'Hautepierre et dans leur dossier dans les antécédents, il faut demander si elles ont subi des violences, sérieusement je l'avais jamais fait alors j'étais pas particulièrement à l'aise. »

IV.4.3. Plusieurs participants expriment des arguments contre le dépistage systématique

Néanmoins, la grande majorité des participants expriment des **arguments contre le dépistage systématique** (15 citations) :

A 2 : « C'est quand même un peu tabou comme sujet, c'est pour ça que... enfin comment dire qu'on trouve que ça n'a pas trop sa place dans les antécédents »

A 6 : « Vu que je suis pas encore installé, clairement je ne le fais pas systématiquement. », A 6 : « Oui c'est ce que j'ai dit, pas systématique »

B 1 : « Ah non pas systématique ! Enfin déjà nous on est encore internes (...) t'imagines si on rentre dans toutes les chambres on demande ça le matin à la visite ! » Rires.

B 5 : « Je trouve que ça serait vraiment difficile de dépister systématiquement »

C 6 : « Non jamais systématiquement ! », C 2 : « Non c'est d'abord elle qui en parle et on la questionne ensuite. », C 4 : « Mais systématiquement non non. »

C 1 : « En plus comment demander ça de façon systématique ? C'est compliqué. », C 5 : « franchement on peut pas faire un dépistage tout azimuth » ... « mais tout le monde c'est pas possible. », C 1 : « Mais un dépistage de toutes les patientes... »

D 6 : « Sérieusement, je me vois pas du tout le demander de façon systématique, déjà que c'est tabou comme sujet. », D 5 : « Moi généralement j'attends qu'elle me parle de quelque chose qui me met la puce à l'oreille et après j'embraye... »

IV.4.4. Le dépistage systématique rendrait peut-être la question moins taboue

Certains participants ont mentionné que **le fait de dépister de manière systématique pourrait rendre la question plus simple à poser pour eux et moins taboue** (3 citations) :

B 5 : « ... bon d'un autre côté si on le demande à tout le monde ça rentrerait peut-être plus dans notre pratique et rendrait la question plus simple à poser. Enfin franchement, je sais pas... »

D 6 : « Après peut-être que si on posait la question à toutes les femmes ça rendrait cette question moins taboue à poser, enfin j'sais pas... »

D 2 : « Je pense qu'effectivement si on se force à le demander à toutes les patientes et d'être formé à ça, peut-être que ça rendrait le sujet un peu moins tabou, enfin franchement j'dis ça mais je le fais pas. »

IV.4.5. Une appréhension de la réaction de la patiente

Beaucoup **appréhendent la réaction de la patiente** s'ils dépistent comme cela, de manière systématique sans pouvoir s'appuyer sur un signe d'appel (17 citations) :

A 1 : « les personnes réagissaient de manières différentes, certaines étaient un petit peu choquées car elles ne consultaient pas du tout pour ça », A 2 : « peut-être la personne n'a pas du tout envie d'en parler, on va l'offusquer si on parle de ça », A 4 : « d'un côté quand on suspecte quelque chose mais on ose pas trop creuser où on ne sait pas comment elle va le prendre »

B 1 : « j'savais pas trop comment aborder le sujet sans que ce soit trop intrusif et qu'après elle se braque. », B 4 : « elle se serait dit mais qu'est-ce qu'elle veut celle-là avec ses questions », B

2 : « Sinon j'ai un peu peur que la patiente elle se dise il est fou celui-là de me demander ça du coq à l'âne. »

B 5 : « c'est un peu la peur de comment la patiente va réagir à cette question ! », B 5 : « j'avais même l'impression de l'énervé avec mes questions... elle n'avait vraiment pas l'air d'apprécier. »

C 1 « ...c'est justement une « suspicion de » alors pour pas que ça devienne policier... donc euh voilà c'est déstabilisant comme consultation. », C 1 : « C'est vrai que parfois c'est gênant déjà tu dois demander pour le tabac, l'alcool, encore rajouter les violences... »

D 1 : « En posant la question directement, on prend le risque de se tromper ou que la patiente le prenne mal », D 3 : « Oui tu sais pas trop par quel chemin passer, demander comment ça se passe à la maison ? Mais la victime n'a peut-être pas envie d'en parler ou bien la patiente nous prendra pour un médecin trop intrusif dans sa vie privée. »

D 2 : « Moi parfois je me dis que déjà avec toutes nos questions dans les antécédents médicaux, avec le tabagisme, l'alcool etc., encore rajouter les violences, sérieusement elle va avoir l'impression de subir un interrogatoire policier. »

IV.4.6. Comment dépister de manière systématique ?

Nombreux participants se demandent **comment s'y prendre pour dépister de manière systématique** (7 citations) :

A 2 : « Oui mais là c'était pas systématique alors. Systématique c'est la patiente tu la vois pour n'importe quoi et tu lui demandes si elle a subi des violences. »

C 1 : « Et ils nous disent comment le faire ? Ou ils veulent juste qu'on le fasse et qu'on se débrouille ? » (en parlant de la HAS qui conseille le dépistage systématique)

C 1 : « En plus comment demander ça de façon systématique ? C'est compliqué. »

D 2 : « Et il y a des recommandations de la HAS sur la manière de dépister systématiquement ou bien ? »

D 4 : « Mais systématique ça veut quand même dire que toutes les patientes que tu vois pour raison X ou Y n'ayant rien à voir avec des violences, tu leur demandes ? (d'un air étonné) »

IV.4.7. En ne dépistant pas de manière systématique, il y a un risque de passer à côté

Certains mettent en exergue le fait que **l'absence de dépistage systématique ferait passer à côté de nombreuses situations de VC** (3 citations) car les victimes ne viennent quasiment jamais pour cela d'elles-mêmes, qu'il leur faut parfois cette question pour se décider à en parler :

A 1 : « finalement après avec le temps ce n'était plus un automatisme et j'ai arrêté de dépister systématiquement et là j'me dis que je passe peut-être à côté de beaucoup de femmes victimes de violences. »

C 3 : « Est-ce qu'on va tout pouvoir gérer en une consultation ou pas et souvent en fait c'est une fenêtre qui s'entrouvre et puis la consultation d'après ça part sur autre chose alors parfois c'est une occasion manquée si on ne les saisit pas à ce moment-là donc c'est très difficile. »

D 3 : « C'est sûr qu'en dépistant pas systématiquement, on passe peut-être à côté de certains cas mais bon je me vois quand même mal demander à tout le monde... »

IV.4.8. Le dépistage systématique des VC est une bonne idée mais encore faut-il savoir quoi faire si le dépistage s'avère positif

Nombreux participants pensent que le dépistage systématique des VC représente une très bonne idée mais **encore faut-il savoir quelle est la marche à suivre ensuite** (4 citations) :

A2 : « et il y a le malaise après de comment est-ce que je vais prendre en charge une fois qu'on me le dit ? », A 3 : « Mais parfois t'es aussi mal à l'aise car si elle dit oui tu ne saurais pas quoi en faire »

C 6 : « Quels moyens met en place l'HAS ? Par exemple si on dépiste, qu'est-ce qu'on propose après parce que juste dépister pour dépister et dire bon ok... »

D 4 : « Et soit, tu procèdes selon les recommandations de la HAS, tu dépistes systématiquement, elle te dit ben oui, ben t'en fais quoi ? Si on n'a pas de réseau, qu'on sait pas quoi faire, ça rime à rien... »

- Pour résumer, chez les médecins interrogés, **le dépistage des VC se fait majoritairement sur signes d'appel** car la plupart d'entre eux ne se voit pas poser cette question de manière systématique à toutes leurs patientes car ils appréhendent leurs réactions. Certains ont même clairement émis des arguments contre le dépistage systématique.
- D'autres ont rétorqué que **le fait de demander à toutes les patientes rendrait peut-être la question moins taboue et plus simple à poser** car ils auraient plus l'habitude d'aborder ce sujet.
- Plusieurs participants aux FG ont émis le fait que **le dépistage systématique est une bonne idée mais encore faut-il savoir quoi faire après si la patiente nous répond que oui elle a subi des violences.**

IV.5. Avis quant à la création d'une formation idéale

IV.5.1. Moment idéal pour réaliser cette formation

Il y a eu des avis différents concernant le moment idéal pour réaliser cette formation mais la majorité des participants pense qu'il faille le **faire lors de l'internat, après ou pendant le stage chez le praticien de médecine générale** (17 citations) car il faut avoir été confronté à des situations réelles et d'autre part **refaire une FMC plus tard** (7 citations), voire de **le faire de façon répétée dans l'idéal** (6 citations) :

A 4 : « Moi j pense le plus tard possible pour qu'on soit déjà dans la pratique quoi parce qu'avoir un cours en amphi sur les violences conjugales... ceux qui voudront devenir ophtalmo ne voudront peut-être pas en entendre parler. Alors que pour les médecins généralistes c'est super important. »

A 1 : « J pense au cours de l'internat quand même. »

A 6 : « je pense que dans l'idéal, il faudrait former de manière récurrente, le refaire à chaque stade du cursus : en externat, en internat et continuer à la revoir en FMC mais à minima au moins à l'internat c'est là où on est le plus proche de la pratique. », A 3 : « Oui mais pas direct en D1. »

A 5 : « plus on le répète dans nos études à plusieurs moments, plus on l'assimile et ça reste ancré et refaire plus tard dans le stage praticien, même si c'est lui qui te donne des conseils personnels. Mais juste le faire une fois, je pense que ça ne serait pas assez. »

A 5 : « plutôt en fin de cursus quand t'as choisi ta spécialité en tant que généraliste et si tu fais trop tôt je pense qu'il y a des gens qui ne seraient pas assez matures. »

B 2 : « Je pense au cours de l'internat, pas avant car les cours en amphi ne s'y prêtent pas trop je trouve et puis si on n'est pas passé en stage prat' j pense que c'est trop tôt »

B 1 : « Oui pendant le stage prat' par exemple, en tout cas pas avant, et après peut-être un peu de FMC pour les médecins déjà installés... »

B 3 : « Oui c'est vrai que là on pense à nous les internes mais pour les médecins déjà installés il faudrait qu'ils puissent rattraper la formation aussi. » B 4 : « Oui moi je dirais pendant l'internat et prévoir une FMC après. »

C 5 : « Une FMC ? »

C 2 : « On est des vieux, on pense à nous alors FMC. » Rires.

C 7 : « Moi je dirai que 2^e cycle c'est trop tôt parce qu'il faut une certaine maturité pour appréhender cette situation. »

C 2 : « Plutôt après le stage chez le généraliste ? Ou même pendant le stage prat'. Il faut quand même avoir un peu l'expérience du terrain. »

D 1 : « Lors du stage prat' méd' gé, pour avoir été confronté au terrain... et de nouveau en FMC. »

D 4 : « Après ça collerait pas trop avec les cours en amphi je trouve. » D 5 : « Oui et il faut avoir une certaine maturité, je dirais à l'internat. »

D 2 : « J pense aussi à nous les médecins installés qui n'avaient pas bénéficié d'une formation à l'époque, je dirai une FMC. »

D 1 : « A l'externat c'est quand même tôt, certains n'ont pas la maturité, n'ont jamais fait de pratique, et vous voyez ça dans un cours en amphi ? (avec un air choqué) »

Quelques participants pensent cependant qu'il faudrait déjà commencer **lors de l'externat** (12 citations) :

A 6 : « je pense que dans l'idéal, il faudrait former de manière récurrente, le refaire à chaque stade du cursus : en externat, en internat et continuer à la revoir en FMC mais à minima au moins à l'internat c'est là où on est le plus proches de la pratique. »

A 3 : « Moi j'ferai ça à l'externat. »

A 6 : « Et moi je me dis, plus on en parle tôt dans le cursus, plus ça va « normaliser » le fait d'en parler en consultation parce que là si les personnes sont mal à l'aise c'est parce que pour nous c'est délicat, au final parce que c'est inhabituel mais comme ça devait être délicat et inhabituel il y a 40 ans de parler de la vie sexuelle des gens, de l'alcoolisme ou de l'homosexualité. »

C 5 : « Ou déjà d'en parler un peu au sein du module de psychiatrie. »

D 6 : « Peut-être même déjà en parler lors de l'externat genre en psychiatrie ou médecine légale ? »

En résumé, la majorité des participants ferait cette formation **lors de l'internat dans l'idéal pendant ou après le stage chez le praticien** pour que l'interne soit déjà dans la pratique et assez mature puis referait une **formation en FMC** plus tard, néanmoins certains pensent qu'il faudrait **commencer à en parler dès l'externat et le répéter lors de l'internat puis en FMC** : le faire de façon répétée pour asseoir les connaissances, pour que le fait de parler de cela devienne « habituel » pour le médecin.

IV.5.2. Durée de la formation

Les avis divergent également quant à la durée idéale de la formation mais cela varie **entre une journée à 2-3 jours si la formation a lieu lors de l'internat** (7 citations) et **de 2 heures à une demi-journée pour une FMC** (2 citations) :

A 6 : « Par exemple sur 2 heures, genre une demie heure de théorie puis passage à de la pratique. »

A 1 : « En fait comme on disait il faudrait qu'il y ait plusieurs formations. Donc c'est délicat de dire une durée s'il y en a plusieurs. »

A 2 : « Si aujourd'hui je devais me former, 2-3 jours ça me suffirait », A 4 : « faire 2-3 jours dans une association »

B 4 : « une journée par exemple. » B 6 : « C'est peut-être long une journée non, surtout pour les médecins installés ? » B 4 : « Ah mais je parlais pour la formation qu'on proposait pour les internes. », B 1 : « Oui une journée dans l'internat et après une soirée ou demi-journée en FMC, c'est bien je trouve. »

C 4 : « J'sais pas une journée », C 4 : « Moi je disais une journée, environ 6 heures quoi. » C 6 : « Oui c'est déjà pas mal. »

D 1 : « Ça dépend si on parle de la formation pour les internes ou de la FMC, c'est pas pareil quoi... pour les internes je dirai une demie journée et pour la FMC environ 2 ou 3h, non ? »

D 3 : « Comme tu dis, il faudrait le faire en plusieurs fois, une demie journée durant l'internat et prévoir une FMC pour assoir tout ça. »

En résumé, la durée idéale proposée serait **d'une à 2 journées lors de l'internat et de 2 heures à une demi-journée pour une FMC**. Beaucoup ont signalé qu'il serait intéressant de le faire de **manière répétée**, en plusieurs fois.

IV.5.3. Style de la formation

La majorité des participants a mentionné qu'il serait intéressant d'organiser des ateliers sous forme de **jeux de rôles** (15 citations) :

A 6 : « ce qui se fait de plus en plus c'est de la simulation avec des jeux de rôle. », A 3 : « Oui par exemple un jeu de rôle filmé, comme les chirurgiens font pour l'annonce d'une maladie grave et après on regarde les réactions. »

A 3 : « Moi ce que je trouverais bien c'est de se filmer et remonter le film derrière. » A 1 : « Et tu peux même te corriger toi-même, dire ah mince j'aurais pas dû dire les choses comme ça. »

A 4 : « Moi j'ai fait ça un jour en SASPAS, le médecin a mis une caméra à l'arrière du cabinet, dos au patient... c'était intéressant », A 6 : « Les jeux de rôles je trouve ça bien mais il ne faudrait pas que ce soit un médecin en face qui joue le patient car le médecin est probablement la personne la plus mal placée pour jouer un patient, il y a des biais énormes. »

B 2 : « petits ateliers, jeux de rôles. » B 3 : « Oui c'est bien ça. », B 4 : « Oui jeux de rôle c'est pas mal, ça te met en condition réelle. Je sais que dans certaines formations c'est des genres de jeux de rôle où tu te fais filmer et après tu regardes avec les autres et on débrief ensemble, c'est pas mal ça comme méthode. »

C 7 : « avec des jeux de rôle aussi. En fait on était filmés dans une pièce où on était face à quelqu'un qui jouait le patient et après on débriefait par rapport à ce qui a été dit. », C 7 : « Moi j'ai été formée par jeu de rôle... »

D 4 : « ... les jeux de rôle c'est une idée, parce qu'après tu peux débriefer et te dire, j'aurais plutôt dû dire les choses comme ça, et même pour ce qui ne passe pas par les mots, ta façon d'être avec le patient, ta conduite, ton savoir-être. » D 3 : « Oui c'est sûr. »

D'autres ont eu une idée de formation inédite qui avait l'air de ravir les autres participants :
l'« immersion » dans une association (26 citations), le plus étonnant est que cette idée est ressortie dans 3 focus groups différents :

A 4 : « simplement tu disais que les associations c'est là où les gens vont quand ils ne savent plus où aller et que du coup ce qui est rare chez le médecin généraliste c'est courant chez eux, ben il faut peut-être justement, plutôt qu'un cours répété, aller un à deux jours voire une semaine dans une association comme ça, où on serait confrontés à cette situation à longueur de journée, c'est probablement encore plus formateur. », A 4 : « Etre confronté à des vrais gens avec de vrais problèmes qui vivent réellement cette situation. »

A 3 : « on avait une formation par immersion comme ça. »

A 4 : « Après je reste assez convaincu qu'on apprendrait beaucoup plus en pratique « réelle » au contact de vraies personnes qui ont de vrais problèmes qu'avec des acteurs. » A 6 : « Bien-sûr mais le problème c'est la faisabilité, on ne peut pas tous passer en stage réel, regarde on est 130

au moins par promo. » A 6 : « Oui mais même si t'en met 6 à la fois sur un terrain donné, il y a combien de terrain de stage qui y sont confrontés assez fréquemment ? » A 3 : « C'est sûr que les formations ne seront pas égales mais c'est possible. Regarde les différents stages de médecine générale c'est pas du tout équivalent ni de qualité égale ce qu'on apprend. » A 6 : Rires « L'idéal c'est qu'on fasse tous 6 mois dans une association où il y a des médecins et on va être rodés ! » A 4 : « Oui mais regarde pas 6 mois mais par exemple une semaine, ça serait possible. Moi en D3 j'étais en médecine interne et on m'a envoyé une semaine faire des vaccinations dans un centre de vaccination et même en une semaine t'apprends plein de choses et tu t'en souviens. »

A 4 : « Tu disais qu'il y avait des médecins dans les associations, regarde par exemple, il prend 2-3 jours tous les internes qui passent en stage de médecine générale et leur fait la ½ journée de formation théorique puis après les forment en pratique. » A 2 : « Oui comme le stage à la sécu là. »

A 6 : « Oui mais figure toi que moi j'avais demandé pour faire un stage en association mais on m'a répondu que c'est pas un terrain de stage. » A 4 : « Oui mais j'te parle pas de 6 mois là-bas. Ça pourrait être la même chose que le stage CPAM, pendant le stage de médecine générale faire 2-3 jours dans une association. Si les associations étaient d'accord justement pour jouer le jeu. » A 3 : « Oui mais encore faut-il qu'un médecin de l'association veuille jouer le jeu puis après il fait le payer, j'sais pas comment ça pourrait se passer. » A 6 : « Oui mais tu te rends compte, ça veut dire que toutes les semaines une nouvelle personne débarque dans l'association, qui est là pour regarder ce que fait le médecin. »

A 4 : « c'est pour cela que c'est intéressant de le faire encore pendant l'internat parce qu'on est encore un peu chapoté. J'sais pas si ça serait pareil maintenant est-ce qu'on pourrait encore suivre une consult' à côté d'un autre médecin ? ... »

B 1 : « Oui d'abord quelques informations théoriques et contacts locaux puis jeux de rôles, ou bien d'aller voir comment ça se passe réellement dans les associations mais bon ça ça serait difficile de pouvoir le proposer à tout le monde. » B 6 : « C'est clair ça serait intéressant ça ! Mais difficilement faisable comme tu dis. »

D 5 : « Ou bien même d'aller 2-3 jours dans une association qui s'occupe de femmes victimes de violences ? Ça pourrait être intéressant et ce sont de vraies patientes, ce n'est pas un jeu de rôle, c'est la réalité ! »

Deux personnes ont mentionné les **groupes d'échange entre pairs** (2 citations) :

A 6 : « je sais qu'il y a des médecins qui aiment les groupes d'échange entre pairs des trucs comme ça. Mais je sais pas si j'y participerais. Je sais qu'il y a des gens qui aiment beaucoup ça, d'échanger avec les autres. »

D 3 : « Ou des groupes d'échange... »

Le e-learning a été cité 2 fois mais pour dire qu'il ne s'agissait pas d'une technique adaptée (2 citations) :

A 6 : « Le e-learning je pense que pour cette problématique c'est pas du tout adapté. Ou juste pour un mini-point sur les réseaux et des vidéos mais même les vidéos juste regardées comme ça je sais pas si c'est adapté, c'est trop distant pour cette problématique-là. Les gens ont trop de questions en fait. »

Certains ont émis l'idée qu'il fallait **distribuer des flyers et affiches** que l'on pourrait recevoir lors de ces formations (2 citations) :

C 2 : « Qu'ils nous donnent des flyers sur les violences conjugales qu'on peut donner aux patientes aussi. »

D 3 : « Des affiches ou des flyers... »

Plusieurs participants ont exprimé qu'il fallait **coupler différentes méthodes de formation** (3 citations) :

A 1 : « Il faudrait différents types de formations : sur le terrain, de manière textuelle et des jeux de rôles aussi. »

C 4 : « il y a quand même pas mal d'aspects différents, psychologiques, législatifs, oui connaître le carnet d'adresse, quelque chose comme ça. »

D 4 : « Peut-être en passant par plusieurs trucs : les jeux de rôles, les groupes d'échanges, les associations et tout... »

Les **différentes formes** que pourraient prendre cette formation sont :

- des ateliers de **jeux de rôles** ;
- une **immersion dans une association** de quelques jours durant l'internat ;
- des **groupes d'échanges entre pairs** ;
- des **flyers et affiches** à emporter pour la salle d'attente ;
- le e-learning a également été cité mais comme méthode non adaptée à ce sujet ou juste pour une mise au point sur les réseaux d'aide spécialisée ;
- pour faire au mieux et être complet, il faudrait **coupler les différentes méthodes de formation.**

IV.5.4. Contenu de la formation

La notion qui est revenue le plus souvent dans les focus groups est qu'il fallait **des bases théoriques suivi de beaucoup de pratique** (25 citations). Les participants étaient tous d'accord sur le fait de privilégier la pratique pour ce genre de thématique.

A 4 : « Ben c'est sûr qu'il faut des bases théoriques mais ce qui va faire qu'on va retenir et bien agir par la suite c'est la pratique. », A 6 : « J crois qu'il faut du théorique pour tout ce qui est de l'ordre du réseau. Une base théorique qui se conserve, qui se garde et puis après pour tout ce qui est communicationnel c'est surtout la pratique qu'il faut, en stage réel ou ce qui se fait de plus en plus c'est de la simulation avec des jeux de rôle. »

A 2 : « mais effectivement avec une base de théorique puis faire beaucoup de pratique sur le terrain. »

A 6 : « beaucoup de pratique, un peu de théorique. », A 6 : « Oui des mises en situation en fait, du point de vue pratique parce que c'est difficile, si ça reste théorique ça passe pas, il faut que les gens transfèrent les connaissances donc qu'ils mettent en pratique ce qu'ils ont appris. »

A 2 : « Moi ce que j'aurais aimé c'est recevoir une formation sur le terrain mais pas que par un médecin, par exemple aussi par les acteurs sociaux qui nous diraient comment procéder. », A 4 : « Justement, plutôt qu'un cours magistral où le prof explique qu'il faut dépister comme ça etc. »

A 4 : « Dans la pratique, dans une association ou en simulé être assis face au patient avec le médecin qui s'y connaît et suivre son interrogatoire et pourquoi pas à la fin de la formation le faire soi-même », A 6 : « Ça va être avant tout je pense, si on parle de formation, de communication ou de psychologie médicale plus que de la théorie, déjà pour apprendre à parler de sujets difficiles aux patients »

B 2 : « Ben les 2, d'abord un peu de théorique puis faire des ateliers ou jeux de rôle. », B 1 : « un peu des 2 mais quand même plus de pratique car on retient mieux comme ça et ça te met en condition réelles. » B 5 : « Ouais les 2. »

B 4 : « Surtout prendre au moins 2/3 du temps pour la partie pratique. », B 5 : « Oui il faut vraiment essayer de faire des trucs pratiques. », B 5 : « je pense que pour vraiment retenir quelque chose il faut avoir été mis en situation réelle, j'veux dire, là il faudrait avoir vu une patiente victime de violences conjugales lors d'une consultation ou dans des associations ou autres... histoire de voir comment on se sent en situation réelle et comment elle se comporte en face de nous. C'est toujours comme ça qu'on apprend le mieux ou surtout qu'on retient. »

C 7 : « Je dirai un peu des 2. Si c'était qu'une présentation j'aurais pas retenu la même chose. », C 6 : « Même les DPC c'est ça toujours, d'abord théorique puis après de la mise en pratique. », C 6 : « d'abord théorique puis après de la mise en pratique. », C 2 : « d'abord quelques aspects théoriques puis jeux de rôle etc.... »

C 4 : « Théorique avec une présentation du cadre législatif et après ateliers, jeux de rôle. »

D 5 : « Ou bien même d'aller 2-3 jours dans une association qui s'occupe de femmes victimes de violences ? Ça pourrait être intéressant et ce sont de vraies patientes, ce n'est pas un jeu de rôle, c'est la réalité ! »

Plusieurs participants insistent sur le fait qu'il faut **donner des informations sur les réseaux locaux d'aide spécialisée** (12 citations) :

A 6 : « C'est pareil pour la violence, même en terme de formation, il faut (...) connaître les réseaux », A 2 : (A la question, qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise ?) « Etre en lien avec des assistants sociaux. » « Connaître les partenaires sociaux du secteur »

A 4 : « donc avoir une procédure qui fonctionne avec des agents locaux chez qui tu peux adresser »

B 2 : « le fait de savoir au moins quoi faire si elle te dit qu'elle est victime de violences conjugales, où l'adresser, vers qui se tourner, ça aide quand même à se sentir un peu plus à l'aise, de pas être « sans réponse » »

C 5 : « Et ça justement, ça serait bien de les connaître, savoir où adresser. », C 1 : « et c'est pour ça qu'on parlait au début d'orienter vers des réseaux. », C 2 : « Peut-être d'avoir des contacts, des pistes à donner, des documents, un numéro. ... »

C 5 : « Il faut savoir où les adresser aussi. », C 4 : « Ce qui faudrait c'est un réseau quelque chose. »

Il faudrait également donner des clés pour **savoir communiquer avec la victime** (5 citations) :

A 6 : « C'est pareil pour la violence, même en terme de formation, il faut quelque chose sur comment communiquer là-dessus ... »

A 4 : « C'est la différence entre le savoir et le savoir-être, effectivement pour la théorie pourquoi pas le e-learning mais ça ne marcherait pas pour le savoir-être qui se fera forcément par rapports directs. »

C 2 : « Au niveau administratif ? Ou comment se comporter ? »

D 5 : « ...ça c'est le savoir-être et ça s'apprend qu'en pratique, c'est difficile de faire de la théorie là-dessus car ça se joue avec des rapports directs. »

Certains pensent qu'il faudrait **regrouper cette formation dans un thème plus large pour attirer le plus grand nombre de médecins** (2 citations) :

A 6 : « Connaître tous les réseaux dans notre environnement. »

B 5 : « Ben en fait comme je disais avant, c'est ce qu'ils font maintenant en formation optionnelle, une partie le matin sur les violences conjugales et l'après-midi sur les enfants maltraités. Et je trouve que c'était intéressant de mettre ces 2 thèmes ensembles car ils peuvent être liés. »

En résumé, pour les interrogés la formation idéale contiendra :

- des **bases théoriques** mais il faudra **surtout privilégier la pratique** ;
- l'apprentissage **des réseaux locaux d'aide spécialisée** ;
- des clés pour **savoir communiquer avec la victime** et des **conseils de savoir-être** ;
- un **lien avec des thèmes similaires**.

IV.5.5. Moyens d'impliquer les médecins généralistes dans la problématique du dépistage des violences conjugales et les inciter à suivre cette formation

Sur les années 2016, 2017 et 2018, une minorité des médecins généralistes d'Alsace a participé à des formations sur cette thématique proposées par AGJIR en association avec SOS femmes solidarité mais aussi par le CIDFF, la dernière question qui était posée lors des focus groups était de savoir comment impliquer les médecins à suivre une formation sur ce genre de problématique.

La majorité des interrogés a répondu qu'il fallait **leur donner les chiffres et gommer les préjugés** (17 citations) :

A 1 : « leur dire les chiffres, toutes les situations où on peut passer à côté, les sensibiliser sur le fait qu'ils ont pu passer à côté plusieurs fois. »

A 3 : « il faut leur montrer l'intérêt, leur dire que c'est pas juste quelque chose de vaguement psychologisant... leur montrer les chiffres et que le fait d'en parler peut amener à une prise en charge, peut amener à quelque chose. »

A 6 : « Surtout que les préjugés dans ce domaine sont importants, par exemple les gens qui croient que ça arrive que chez les cas soc' alors que les statistiques montrent que c'est dans toutes les catégories socio-professionnelles. »

A 6 : « Si t'étais capable de dire à un médecin installé alors dans votre territoire il y a tant de personnes qui ont été victimes de violences, la personne peut pas dire ah ben non moi j'ai que ceux qui vont bien. Donc forcément il faut concerner la personne. »

B 5 : « De leur parler des statistiques pour qu'ils réalisent que c'est fréquent comme pathologie ? »

B 2 : « De leur expliquer que s'ils n'en ont pas dans leur patientèle c'est peut-être parce qu'ils ne l'ont pas dépisté ou sont passés à côté ? »

C 7 : « Je pense leur donner les pourcentages. »

D 1 : « Leur donner les chiffres ? »

D 6 : « ...de leur expliquer il y a tant et tant de femmes victimes de violences dans votre région (...) ben là le médecin il peut se dire qu'il en a forcément quelques-unes dans sa patientèle et qu'il a pu passer à côté, il peut pas se dire que lui n'en a aucune dans sa patientèle... »

D 1 : « Peut-être aussi rappeler que ça touche toutes les catégories socio-économiques ? Parce que dans ce domaine y'a quand même pas mal de préjugés. »

Pour d'autres, il faudrait **les impliquer dans les procédures judiciaires** (7 citations) :

A 4 : « Ce qui pourrait vraiment sensibiliser ces gens c'est leur montrer une situation où ils se sont fait avoir, où ils sont passés à côté. »

A 4 : « Un moyen aussi serait d'impliquer le médecin traitant dans une situation qu'il a raté, pour une raison ou une autre, la patiente porte plainte, s'arranger pour qu'il y ait un retour au médecin traitant (...) s'ils envoyaient un courrier au médecin traitant lorsqu'une procédure judiciaire est en cours. Il remarquerait qu'il a raté quelque chose et serait peut-être plus attentif par la suite. »

A 4 : « je pense quand même que ce serait efficace, même si c'est compliqué, si on impliquait le médecin traitant dans les procédures judiciaires de violences conjugales, si à un moment il y avait une lettre qui expliquait au médecin qu'une de ses patientes a lancé une procédure pour des violences, bien-sûr sans lui dire : « Ah tu l'as pas vu hein ? », mais ça lui donnerait peut-être envie de ne pas passer à côté de la suivante. »

D 3 : « Genre si la patiente elle porte plainte, faudrait qu'il y ait un retour au médecin traitant pour que la prise en charge soit globale, et aussi il pourrait se dire intérieurement ah mince j'ai loupé quelque chose là ! »

Un participant a émis l'idée d'**envoyer des invitations personnelles à la formation**

(1 citation) :

A 5 : « Peut-être envoyer des invitations personnelles à une formation. Ça pourrait peut-être être un début. »

Une affirmation retrouvée dans plusieurs focus groups est que **de manière générale, certains médecins ne participent quasiment jamais aux formations** (3 citations) :

A 3 : « est-ce que c'est pas déjà la majorité qui ne viennent pas aux formations quel que soit le sujet ? »

B 1 : « souvent les médecins installés depuis longtemps ils ne veulent plus participer à des formations. C'est pour ça que c'est pas mal ce qu'on disait d'en faire au moins une première pendant l'internat pour impliquer les gens et après proposer encore une formation en FMC. »

D 4 : « Mais est-ce que ceux qui ne viennent pas à cette formation sont pas simplement ceux qui ne viennent quasiment à aucune formation quelque-soit le thème ? »

Une idée mentionnée par plusieurs participants était de pouvoir **coupler cette formation à une autre formation avec une thématique plus large pour attirer plus de monde** (3 citations) :

A 2 : « Peut-être qu'il faudrait proposer un bon buffet ! Rires. Ou alors mettre un sujet qui intéresse beaucoup de monde et puis faire cette formation après. » A 6 : Rires. « C'est un peu traitre quand même. »

A 6 : « donner une thématique large par exemple connaître tous les réseaux dans votre environnement. Tu donnes les contacts aux gens pour tous les problèmes psycho-sociaux. »

D 5 : « Choisir un thème assez large avec les réseaux à connaître dans telle et telle région ? »

Dans un focus group, les participants ont imaginé **mettre ces médecins face à une consultation de ce type** (1 citation) :

A 4 : « tu envoies un faux patient pour simuler une consultation pour une violence conjugale et tu regardes la réaction des médecins, comme technique d'hameçonnage c'est peut-être pas si bête. »

A 6 : « Il faut une volontaire du coup qui va faire tous les cabinets d'Alsace. » Rires.

D'autres ont songé à faire un **clip vidéo** (1 citation) **ou une campagne publicitaire** (3 citations) :

A 4 : « tourner un petit clip vidéo qui finit de manière choc. »

A 6 : « Des campagnes pour faire comprendre au médecin généraliste que c'est aussi leur boulot d'y penser, ça déjà ça serait bien car il y en a beaucoup qui font oh mon travail c'est le somatique. »

A 3 : « Ou bien une campagne, violences conjugales, parlez-en à votre médecin. Et leur proposer une formation »

D 2 : « Et de faire une campagne publicitaire qui explique à la patiente qu'elle peut aussi se confier à son médecin, du type : Violences conjugales, parlez-en à votre médecin » ? »

Une idée plusieurs fois mise en évidence est qu'il devrait y **avoir des points formation présentielle obligatoires** (3 citations) :

A 5 : « En Allemagne, les formations c'est obligatoire, t'as des points de crédit pour les articles genre quand t'es inscrit à une revue mais il faut aussi des points de formations où tu vas dans une journée de formation. Ma mère elle est généraliste en Allemagne et à 60 ans elle va encore à des journées de formation. »

B 3 : « le fait de compter en point formation ça peut jouer en la faveur. »

C 3 : « L'inscrire au ROSP. » Rires.

D 3 : « Et de la faire compter en points formation ? »

Pour impliquer plus de médecins à suivre ce genre de formation, les participants ont émis plusieurs idées :

- leur **donner les chiffres** et essayer de **gommer les préjugés** ;
- les **impliquer dans les procédures judiciaires** ;
- envoyer des **invitations personnelles** à la formation ;
- **coupler la formation à un autre thème plus large** ;
- les **mettre face à une consultation de ce type** ;
- tourner un **clip vidéo** ou une **campagne publicitaire** ;
- avoir des **points « formation présentielle » obligatoires**.

En guise de synthèse, nous pouvons dire que les discussions ont été intéressantes, riches et de ce fait beaucoup d'idées ont pu éclore de ces focus groups. Cela a permis de faire émerger certaines pistes visant à améliorer la formation des médecins généralistes en ce qui concerne les violences conjugales et de leur permettre d'être plus à l'aise dans ces situations cliniques.

Dans tous les focus groups, les participants s'accordent à dire qu'une formation sur cette thématique serait bénéfique et qu'il faudrait privilégier le temps accordé à la formation pratique.

Le tableau de classement des grands thèmes, catégories et occurrences UMS avec le nombre de chaque citation est disponible en Annexe 10.

V. Discussion et perspectives

V.1. Biais et limites de l'étude

V.1.1. Les biais relatifs à l'étude

J'ai rencontré quelques difficultés dans le recrutement et la constitution de l'échantillon, notamment celui des internes et des médecins installés à Strasbourg. Il y a eu peu de retours positifs pour les internes et j'ai dû faire face à des annulations de dernière minute (en effet, au départ 10 internes devaient participer mais 4 d'entre eux se sont finalement désistés par manque de temps, de ce fait il ne restait qu'un FG de 6 au lieu de 2 de 5) ainsi que peu de retours positifs pour les médecins installés sur le secteur de Strasbourg (seuls trois médecins installés à Strasbourg ont donné une réponse favorable à mon email, de ce fait ce FG a été complété par des médecins remplaçants qui n'avaient pas pu participer au premier FG).

Le recrutement a été nettement plus facile chez les remplaçants et médecins installés sur le secteur de Sélestat. D'une part, les médecins remplaçants sont probablement plus solidaires pour les thésards, étant dans le même cas ou étant passé par là récemment. D'autre part, je connaissais de nombreux remplaçants personnellement ce qui les a probablement incités à répondre favorablement par solidarité, pour m'aider à avancer dans mon travail de thèse. En ce qui concerne les médecins installés sur le secteur de Sélestat, je les avais quasiment tous remplacés avant et avait sympathisé avec certains d'entre eux. J'avais discuté avec plusieurs d'entre eux de mon sujet de thèse et je les avais trouvés réceptifs et intéressés. Il existait donc **un biais de recrutement**.
(49)(66)(67)

De plus, la participation reposait sur le **volontariat** et était non rémunérée, demandait un investissement aux participants notamment de temps, il s'agissait donc plutôt de personnes motivées et intéressées par le sujet et de ce fait l'échantillon n'était pas forcément représentatif

mais dans la mesure où l'étude est qualitative, cela ne constituait pas un frein. Il s'agit en effet d'un biais d'auto-sélection et de volontariat (67).

De toute manière la **méthodologie qualitative** avait été choisie dès le départ et de ce fait l'étude n'avait **pas vocation de généralisation ni de valeur statistique** (49)(54)(50).

Un autre biais possible était le fait que **certains médecins s'expriment plus que d'autres** malgré les interventions du modérateur qui essayait de toujours recentrer le débat et s'assurait qu'il n'y ait pas de leader d'opinion. D'autres médecins étant plus réservés ou timides se sont probablement moins exprimés.

Les aspects non verbaux n'ont pas toujours pu être tous relevés.

V.1.2. Les biais relatifs à l'analyse des données

Il peut également y avoir un certain **biais dans l'analyse des données** car il s'agit d'une méthodologie qualitative et cela même avec la triangulation de l'étape du codage qui a été mise en place pour tenter de limiter ce biais. D'autant plus qu'il s'agissait de ma première expérience d'analyse qualitative et de codage, la deuxième codeuse avait quant à elle déjà réalisé ce genre de codage.

V.2. Les points forts de cette étude

La recherche qualitative en focus group est une méthode qui permet d'explorer le vécu, les sentiments des participants, ils peuvent échanger et commenter leurs expériences (54)(56)(60).

Nous pouvons « étudier la variété des perceptions, motivations, opinions, attitudes, comportements et expériences sur un sujet donné »(49). Le chercheur s'intéresse à l'expérience pratique et cela était un atout au vu du sujet de cette thèse.

De plus, le modérateur et l'observateur étaient bien deux personnes différentes pour éviter une trop grande subjectivité. Cela me laissait également le champ libre pour observer le non verbal, les attitudes de chacun et les grandes idées qui émergeaient des discussions.

Nous avons essayé de réaliser une analyse en théorisation ancrée comme l'expliquait Pierre Paillé (63)(50). Cela permet d'interpréter les données brutes collectées sur le terrain dans le cadre d'une étude qualitative. Il s'agit d'une démarche reposant sur 6 étapes : tout d'abord la codification qui résume les verbatim des interrogés, en restant le plus fidèle possible des propos puis la catégorisation où les verbatim résumés sont regroupés pour voir émerger une catégorie, un « mot ou une expression désignant, à un niveau relativement élevé d'abstraction, un phénomène culturel, social ou psychologique tel que perceptible dans un corpus de données »(63)(50), ensuite la mise en relation où le chercheur va établir des liens entre les différentes catégories pour voir émerger des grands thèmes puis l'intégration et la modélisation.

Une triangulation des résultats a été réalisée pour retrouver une certaine reproductibilité entre les différentes analyses par des codeurs distincts.

Plusieurs études pointent du doigt les lacunes de la formation du médecin généraliste. Certains reprochent à l'ECN d'être un concours basé sur des mots clés, qu'il y a beaucoup de stages en hospitalier qui ne reflètent pas vraiment le futur travail du médecin généraliste, les internes n'ont en fin de compte que 6 mois de stage chez le praticien de médecine générale lors de leur internat, sauf en cas de SASPAS où l'interne bénéficie de 6 mois supplémentaires en stage de médecine générale (ce que j'ai eu l'opportunité et la chance de faire) et 1 mois en externat. C'est ce qu'expose le Carré de White (cf. Annexe 14) basé sur des études à grande échelle dans les années 1950 à 1960 : la formation médicale est faite au sein du CHU où le patient est exclu de son milieu de vie, où les médecins sont rarement confrontés à l'incertitude du fait de la possibilité de faire de nombreux examens complémentaires, au final l'interne, même en fin de cursus a rarement pris des

décisions seul. La majorité des internes en médecine générale pense que le cursus manque de stages ambulatoires (68).

La formation des internes ne laisse pas beaucoup de place pour le savoir-être, l'acquisition de compétences relationnelles, en général ils apprennent cela « sur le tas » lors de leurs stages, c'est dans ce contexte là que les formations de ce type, reposant sur la pratique et avec des clés sur la communication seraient particulièrement bénéfiques.

V.3. Moment idéal pour réaliser une formation dédiée aux violences conjugales et sa durée

La majorité des médecins interrogés ont répondu qu'il faudrait organiser cette formation lors de l'internat, pendant le stage chez le praticien de médecine générale ou juste après celui-ci pour avoir déjà été confronté à l'expérience du terrain et à la pratique. De plus, la question de la maturité a été abordée, certains participants ont mentionné que lors de l'externat certains étudiants ne sont pas assez matures et que ce type de formation ne correspondrait pas avec des cours en amphithéâtre, d'autant plus que les étudiants qui veulent faire d'autres spécialités se désintéresseraient peut-être de ce sujet. Néanmoins d'autres ont rétorqué que plus on va en parler tôt, plus cela va normaliser le fait d'en parler en consultation et de réaliser le dépistage systématique des femmes victimes de violences. La plupart des participants ont également émis l'idée de proposer une FMC à distance car selon eux, il faudrait dans l'idéal former de manière récurrente, la formation réalisée lors de l'internat ne suffirait pas. Ils le justifient en disant que plus on répète une information, plus on l'assimile et qu'elle reste ancrée.

Les durées proposées par les participants étaient d'environ une journée pour les internes et d'environ 2 heures en soirée pour une FMC.

V.4. Contenu idéalement recherché par les médecins lors d'une formation dédiée aux violences conjugales

Suite aux quatre focus groups réalisés, plusieurs éléments essentiels ont pu être mis en évidence concernant le contenu d'une formation « idéale ». Tout d'abord, les médecins ont majoritairement répondu qu'il faut privilégier la pratique, de ce fait ils auraient aimé avoir une première partie théorique assez courte et condensée rassemblant les modalités de rédaction du certificat médical initial de coups et blessures et ils souhaiteraient également recevoir des informations claires concernant les réseaux locaux d'aide spécialisée pour savoir où pouvoir adresser les femmes victimes de violences conjugales s'ils en dépistent. Ils ont également mentionné leur souhait de recevoir des « clés » pour savoir communiquer avec ces patientes victimes de VC.

V.4.1. Le certificat médical initial de coups et blessures et l'aspect légal

Un certificat peut être rédigé à la demande du patient ou sur réquisition, soit par un médecin généraliste soit en médecine légale. Le rendez-vous en médecine légale peut être pris soit directement par la victime (et sera alors une consultation payante), soit sur réquisition des services de police, la consultation sera dans ce cas gratuite et le certificat sera envoyé directement à l'autorité judiciaire requérante. (69)(70)(71)(33)(72)

La rédaction peut se faire sur papier libre ou formulaire pré-rempli, il est rédigé en français, de préférence dactylographié. Il est nécessaire de mentionner l'identité exacte du médecin, son numéro RPPS, sa signature et son cachet d'authentification, la date et le lieu de l'examen, l'identité du patient sous la forme « déclarant se nommer », il doit figurer l'attestation de remise en main

propre, la date du certificat, la signature manuscrite, il doit être disponible en 2 exemplaires, un pour le patient et un pour le dossier médical.

Il faut attentivement examiner le patient et ne reporter que les éléments médicaux personnellement constatés, toujours adopter une rédaction prudente, claire et compréhensible.

Il est nécessaire d'établir un descriptif précis et exhaustif de toutes les lésions constatées : leur siège, leurs dimensions, leur couleur apportant des informations sur d'éventuels âges différents des lésions (s'il existe une plaie par exemple, il faut indiquer le stade de cicatrisation) si besoin avec des schémas et/ou des photographies datées. Le médecin doit également rechercher les signes cliniques négatifs pouvant être contributifs (absence de lésion visible en regard d'une zone douloureuse par exemple).

Les constatations faites et objectives sont exprimées au présent de l'indicatif. Les faits ne doivent pas être interprétés.

Concernant les faits rapportés par la victime, si le médecin veut les faire figurer, il faut toujours les mettre au conditionnel ou les faire précéder de « me dit que ». Il faut donc rapporter les doléances exprimées par le patient entre guillemets et les troubles psychologiques qu'il relate. Il est important de ne pas nommer les tierces personnes, même si des noms sont cités par la victime.

Le médecin peut décrire l'état psycho-comportemental de la victime, les soins nécessaires et les examens complémentaires prescrits et effectués. Il peut faire figurer la mention : « un certificat complémentaire sera établi après réception des résultats des examens complémentaires ».

(69)(70)(71)(33)(72)

À la fin du certificat, il s'agit de déterminer l'ITT (incapacité totale de travail), c'est la période pendant laquelle le patient est dans l'incapacité de réaliser les actes de la vie quotidienne c'est-à-dire se déplacer, marcher, manger, faire sa toilette, s'habiller, dormir (ce qui est différent de l'arrêt

de travail donc l'ITT peut se donner même si le sujet ne travaille pas). D'ailleurs, l'estimation de l'ITT n'a pas de lien avec la durée d'un éventuel arrêt de travail.

Il faut savoir que le médecin n'est pas obligé de poser l'ITT tout de suite, il peut écrire « ITT estimée à ... jours » et toujours mettre « sous réserve de complications ultérieures ». L'ITT est mentionnée en toutes lettres.

Le retentissement psychologique n'est pas évident à juger d'emblée ou peut n'être que suspecté. Dans ce cas, il faut émettre des réserves quant à l'évolution du retentissement et indiquer qu'un nouvel examen sera nécessaire à distance des faits, éventuellement par un médecin spécialisé pour déterminer l'ITT. Il n'existe pas de consensus national proposant des critères précis pour déterminer la durée de l'ITT.

L'ITT est une notion juridique qui sera prise en compte pour orienter la procédure, par exemple en cas de violences volontaires une ITT <8 jours correspond à une contravention et une ITT >8 jours correspond à un délit. Cependant en cas de violence conjugale, même si l'ITT est inférieure à 8 jours voire s'il n'en existe aucune, cela sera catégorisé de délit car la qualité de conjoint ou concubin de la victime représente une circonstance aggravante. (18)(69)(70)(71)(33)(72)

Le certificat doit être remis directement à la victime ou à son représentant légal (pour les mineurs et majeurs avec mesure de protection) s'il n'est pas impliqué dans la commission des faits, jamais à un tiers.

En ce qui concerne le Bas-Rhin, une consultation de médecine légale et d'urgences médico-judiciaire existe, elle a été mise en place le 6 mai 1992, elle est localisée aux urgences du NHC de Strasbourg. Il s'agit d'un accueil des victimes du lundi au vendredi de 9 h à 17 h, par téléphone au 03 69 55 10 34, et en dehors de ces périodes, en passant par le centre 15 (18)(73)(33).

Ces consultations de médecine légale se font sur réquisition des forces de police, de gendarmerie ou du parquet. Cela est néanmoins encore possible hors réquisition pour les victimes mineures et les victimes d'agression sexuelle récente inférieure à 5 jours (73).

Le déroulement de la consultation consiste d'abord en un interrogatoire avec l'état civil et socio-professionnel, les antécédents médicaux et chirurgicaux ainsi que gynécologiques, notamment dans les agressions sexuelles puis de l'anamnèse de l'agression : le lieu, le nombre d'agresseurs, les circonstances de l'agression. S'il y a eu des violences physiques : les médecins recherchent les mécanismes lésionnels, le type d'instruments vulnérants utilisés. En cas de violences sexuelles, ils recherchent le type d'agression sexuelle, s'il y a eu un port de préservatif ou une éjaculation. Ils interrogent également sur une possible ingestion d'alcool ou prise de toxique. Cet interrogatoire a également pour but de préciser le comportement après l'agression : la victime a-t-elle pris une douche, changé de vêtements, y a-t-il eu une miction ou une exonération anale, une prise de médicaments, une ingestion d'alcool ou de toxiques, une consultation médicale...

Le médecin légiste recueille les plaintes d'ordre somatique : douleurs et répercussions fonctionnelles, troubles de la sphère ano-génitale et les plaintes d'ordre psychologique. Il recherche des signes orientant vers une prise de toxiques, une amnésie, une sensation de souvenirs par flash, des troubles du comportement, il recherche des traces d'injections, de sniff...

Puis il réalise un examen clinique complet avec un relevé exhaustif des lésions de violences physiques. Il effectue un examen cutanéomuqueux à la recherche d'ecchymoses, de dermabrasions, de plaies, de morsures, de brûlures puis un examen général où il évalue l'état général et les répercussions fonctionnelles, il y a aussi un examen oral ainsi qu'un examen endobuccal et un examen génito-anal. Ensuite des prélèvements sont réalisés pour rechercher des maladies sexuellement transmissibles, une grossesse, puis des prélèvements à visée toxicologique et à visée génétique.

À la fin de l'examen, un rapport médico-légal est remis aux autorités requérantes. L'analyse médico-légale s'attache à confronter les données de l'examen clinique aux mécanismes lésionnels rapportés par la victime lors de l'anamnèse, à chercher une compatibilité avec les constatations médicales, puis de déterminer la période d'ITT au sens pénal du terme (uniquement sur réquisition) (33)(73).

Selon l'Article 226-14 du Code Pénal : d'une part, il y a une possibilité de **signalement judiciaire et administratif sur mineur et sur personne non en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique de privation et sévices y compris sexuels**. D'autre part, un signalement judiciaire au Procureur est possible par le médecin **avec l'accord** de la victime adulte en mesure de se protéger en cas de privation et sévices y compris sexuels.

Cependant il faut bien faire attention à ce qui est entendu par « personne non en mesure de se protéger » ou « personne vulnérable », par exemple une femme enceinte n'est pas considérée comme une personne vulnérable aux yeux de la loi et de ce fait, il est impossible de signaler des sévices sans son accord (33)(73).

V.4.2. Le réseau d'aide spécialisé dans le Bas-Rhin (67)

V.4.2.1. Les associations spécialisées

(a) SOS Femmes Solidarité

L'Association **SOS Femmes Solidarité** a été créée en 1975 à Strasbourg par des féministes qui ont affiché un numéro sur les arbres de Strasbourg. Il se compose d'une part du **centre d'hébergement et de relogement (CHRS) Flora Tristan** qui permet d'accompagner pendant 18 mois des femmes victimes de violences avec une aide à la reprise d'un emploi si possible, 39 personnes y étaient

logées en septembre 2017, d'autre part d'un **accueil de jour** créée en 2012, adossé au foyer Flora Tristan avec une permanence de 8h à 13 heures tous les jours, avec ou sans rendez-vous, il y a une buanderie, un espace enfant, quelques lits pour se reposer, des ateliers qui permettent de chercher du travail en toute confidentialité, un atelier esthétique pour retrouver l'estime de soi. Il est situé 5, rue Sellenick à Strasbourg et le numéro de téléphone est le 03.88.24.06.06. L'adresse email est adj@sosfemmessolidarite67.org, il existe également un site internet : www.sosfemmessolidarite67.org. Cet accueil de jour permet aux femmes qui commencent à se poser la question de partir de préparer leur départ, de poser des questions et de trouver certaines réponses. Les bénévoles leur donnent des réflexes facilitateurs pour les futures démarches. En 2017, l'accueil de jour a permis de suivre 1800 à 2000 personnes. Il y a souvent une nécessité de plusieurs allers-retours pour que ces femmes partent définitivement du domicile (18). Il y a également une **permanence d'écoute téléphonique** et il est possible de les appeler en tant que médecin traitant d'une patiente avec son accord lorsqu'elle est au cabinet si elle souhaite prendre un RDV sans que son mari ne l'apprenne.

Il existe également une permanence sur Saverne, dans l'immeuble « le Patio », uniquement sur rendez-vous.

(b) Le CIDFF67

Le **Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)** du Bas-Rhin a son siège à Strasbourg (24, rue du 22 Novembre, téléphone = 03.88.32.03.22, l'adresse email est strasbourg@cidff67.fr et le site internet est www.cidff67.fr), ses actions consistent en l'accueil des femmes victimes de violence au sein du couple, de favoriser l'accès aux droits, l'accompagnement à l'emploi, la médiation familiale et de promouvoir égalité femmes/hommes. Cette association offre une aide juridique. Il y a également un accompagnement psychologique pour les enfants exposés aux violences. Il existe des antennes ou permanences à Haguenau, Schirmeck, Bischwiller, Sélestat, Wissembourg et Saverne.

(c) L'ASTU

L'ASTU (Actions Citoyennes Interculturelles) propose un accueil, une écoute et un accompagnement des femmes victimes de violences à Strasbourg (13A, rue du Hohwald, téléphone = 03.88.32.98.32, astu@astu.fr , www.astu.fr), Cronenbourg et Hautepierre.

(d) La CIMADE

La **Cimade** permet un accompagnement de femmes étrangères victimes de violence à Strasbourg (2, rue Brûlée, téléphone = 03.88.36.94.56, strasbourg@lacimade.org), il y a également une permanence le mercredi matin à Sélestat.

(e) Femmes de paroles

Le **home protestant** possède un accueil de jour et un centre d'hébergement et de réinsertion sociale destiné aux femmes sans domicile fixe, l'association s'appelle « **femmes de paroles** ».

(f) RESCIF

L'association **Rescif** reçoit uniquement sur rendez-vous à Strasbourg (160, route du Polygone, téléphone = 03.88.25.50.64, contact@rescif.com, www.rescif.com) et dans des antennes à Saverne, Bischeim et Hoenheim, elle propose un accueil, une écoute et un accompagnement des femmes victimes de VC. Il y a également une possibilité de travail avec le couple avec des consultations familiales, un accompagnement des enfants exposés aux violences avec un accompagnement des parents et des visites médiatisées.

(g) Le Planning Familial

Le **Planning Familial** offre une écoute et un accompagnement pour les violences sexistes, viols, mariages forcés et mutilations sexuelles, il existe des groupes de parole pour les femmes victimes de viol. Il peut également dispenser la contraception, prescrire le dépistage des IST et donner des informations concernant les IVG. Il est localisé à Strasbourg (13, rue du 22 Novembre) et il en existe aussi un à Bischeim. Il y a également une permanence téléphonique départementale au

03.88.32.28.28 . L'adresse mail est : mfpf67@wanadoo.fr et le site internet est bas-rhin.planning-familial.org .

(h) Le Mouvement du Nid

Le Mouvement du Nid permet un accueil, une écoute et un accompagnement des personnes victimes de la prostitution, l'association leur donne des informations sur l'accès aux droits. Il est localisé 1, quai Saint Jean à Strasbourg, le téléphone est le 03.88.32.77.67 , son adresse mail est : alsace-67@mouvementdunid.org et son site internet : www.mouvementdunid.org

(i) L'ARSEA

L'ARSEA permet un accompagnement psychologique des auteurs de violences au sein du couple sur une démarche volontaire. Son siège est situé 204, avenue de Colmar à Strasbourg, l'accueil a lieu sur rdv au 03.88.43.02.50, le contact mail est : accueil.direction@arsea.fr et le site internet : www.arsea.fr .

(j) SOS Aide aux Habitants et Viaduc 67

Les associations SOS Aide aux Habitants (Siège : 36, allée Reuss à Strasbourg, téléphone : 03.88.79.79.30) et Viaduc 67 (Siège : 5, rue Albert Einstein à Strasbourg, téléphone = 03.88.28.57.62) proposent une aide aux victimes d'ordre juridique et d'ordre psychologique.

Il existe des permanences du bureau d'aide aux victimes (BAV) par Viaduc67 au Tribunal de Grande Instance : 1, quai Finckmatt à Strasbourg, téléphone = 03.88.75.28.86, les lundis et mardis de 9h à 11h30 et de 14h à 17H et les vendredis des semaines impaires de 9h à 11h30 et de 14h à 17h.

Les permanences par SOS Aide aux Habitants au bureau d'aide des victimes ont lieu les mercredis et jeudis de 9h à 12h et de 14h à 17h ainsi que les vendredis des semaines paires de 9h à 12H et de 14h à 17h.

(k) La grande écluse

La Grande Ecluse est une association qui gère un Centre de Ressources et de Consultation Familiale (le CRCF) et un Service de formation à l'approche familiale systémique au cœur du

dispositif psychosocial de la ville de Strasbourg et du département du Bas-Rhin. La Grande Ecluse propose des consultations préventives, des accompagnements familiaux et des thérapies familiales. Ces services s'adressent aux familles qui ne parviennent plus à gérer leurs relations (crises, événements exceptionnels, comportements perturbés, difficultés scolaires, violences...) et aux couples. En général, les consultations sont payantes mais lorsque la famille est adressée par un établissement médico-social, avec lequel un partenariat a été établi, la thérapie peut être prise en charge sous certaines conditions. L'adresse est : 2a, impasse de la Grande Écluse à Strasbourg, son téléphone est : 03.88.23.43.98 et son email est : contact@grande-ecluse.fr.

V.4.2.2. Les numéros d'appels nationaux

Le 3919 « Violences Femmes info » est, depuis le 1er janvier 2014, le numéro national de référence d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de violences (telles que les violences conjugales, les violences sexuelles, les mariages forcés, les mutilations sexuelles féminines, les violences au travail), de leur entourage et des professionnels concernés. Il s'agit d'un numéro anonyme et gratuit depuis un poste fixe ou mobile en métropole et dans les départements d'outre-mer, il ne figure pas sur les relevés de téléphone. Le 3919 garantit une écoute, une information et une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge. Ce numéro est accessible 7 jours sur 7, du lundi au vendredi de 9h à 22h, le samedi, dimanche et jours fériés de 9h à 18h. (74)

En 2017, 46449 appels ont été pris en charge. 93% des appels liés aux violences faites aux femmes avaient pour motif les violences conjugales. 98% des appels concernaient une victime femme. Plus d'une femme sur 10 déclarait avoir été menacée de mort. Au dernier trimestre 2017, les appels pour violences sexuelles ont été multiplié par 2 par rapports à 2016 et on dénombrait 56% de viols conjugaux. (16)(46)

En 2018, 53255 appels ont été pris en charge par le 3919. 98% des appels concernaient une victime femme et 98% des appels concernaient un auteur homme. 92% des appels liés aux violences faites aux femmes avaient pour motif les violences conjugales. 7% des appels concernaient des violences sexuelles et les viols conjugaux étaient la première cause de violences sexuelles. (16)

Le 3919 en 2018



Le 3919 en 2018 (16)



Appels pris en charge au 3919 en 2017 (16)

Principales violences déclarées en 2017	Nb de Victimes	Nb de faits déclarés
Violences psychologiques	8 349	31 524
Violence verbales	7 328	18 062
Violences physiques	6 536	11 072
Violences économiques	1 979	3 189
Violences sexuelles	737	1021
Violences administratives	177	249

Source : FNSF 3919-2017.

Champ : ensemble des fiches violences conjugales (FVHA) du 3919. Hors non renseignées.

Note : N-2017= 9 632 (victimes).

Principales violences déclarées par les femmes victimes de VC au 3919 (46)

En ce qui concerne l'hébergement d'urgence, elles peuvent joindre le 115 en disant qu'elles sont victimes de VC et normalement toute femme victime de VC aurait droit à une nuitée en hébergement d'urgence. Elles pourront ensuite se rendre dans une association le lendemain matin pour une aide pour la suite des démarches à effectuer.

V.4.2.3. Les sites internet spécialisés en France

Le site stop-violences-femmes.gouv.fr donne les chiffres des VC, il est possible de télécharger des outils de formation sur les violences faites aux femmes que la MIPROF a conçu, il s'agit du Kit Anna pour les violences au sein du couple et du kit Elisa pour les violences sexuelles. Ce sont des courts-métrages, des livrets d'accompagnement et des fiches réflexes. Il y a des informations pour les victimes mais également pour les professionnels de santé.

Le site declicviolence.fr propose également de nombreux outils et des fiches pratiques pour mieux comprendre ce problème de santé sensible et complexe, et mieux intervenir en tant qu'acteur de soins de premier recours. Ces fiches ont été élaborées par des médecins généralistes et des professionnels travaillant auprès de ces femmes.

service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1254 est le site officiel de l'administration française qui présente les lois contre les violences conjugales et donne des informations aux victimes. Il explique également en quoi consiste une mesure de protection.

V.4.2.4. La police et la gendarmerie

(a) La Police

Dans la circonscription de Strasbourg, à l'hôtel de Police : 34, route de l'hôpital, il existe un référent violence dans chaque service d'urgence avec un primo accueil des victimes et des auteurs de violences. Il existe également un point accueil victimes du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 18h, joignable au 03.90.23.16.79, l'adresse mail est ddsp67-pav@interieur.gouv.fr . Les lundis, mardis et vendredis et les 2^e et 4^e jeudis du mois, il y a une psychologue joignable au 03.90.23.16.63, son adresse mail est : celine.joubin@interieur.gouv.fr .

Il existe aussi des permanences dans les circonscriptions d'Haguenau et de Sélestat.

(b) La Gendarmerie

Les circonscriptions de Strasbourg, Haguenau, Wissembourg, Saverne, Molsheim et Sélestat ont chacune un référent violences intrafamiliales, chacune propose un accueil, une écoute et un diagnostic avec une évaluation sociale. Il y a une permanence téléphonique de 8h à 12h et de 13h à 17h du lundi au vendredi au secrétariat : 03.88.37.52.43 et il y a 2 assistantes sociales qui proposent un accompagnement dans toutes les brigades du département, des visites à domicile et des rendez-vous.

V.4.2.5. Les unités territoriales d'action sociale

Il s'agit de centres médico-sociaux qui proposent un accueil, une écoute et des consultations de prévention, d'information, de conseils ainsi que de dépistage, il y a une orientation médicale et sociale. Les centres sont l'EMS Nord à Bischheim, l'EMS Sud à Ostwald, le centre médico-social d'Haguenau, celui de Molsheim, de Saverne, de Sélestat et la Maison du Conseil Départemental à Wissembourg. Les unités territoriales de la ville de Strasbourg sont le CCAS place de l'Etoile, le CMS Quartier gare, le CMS Centre-ville, le CMS Koenigshoffen, le CMS Montagne Verte, le CMS de l'Elsau, du Neudorf, du Neuhof, Museau, Polygone, Meinau, Port du Rhin, Bourse-

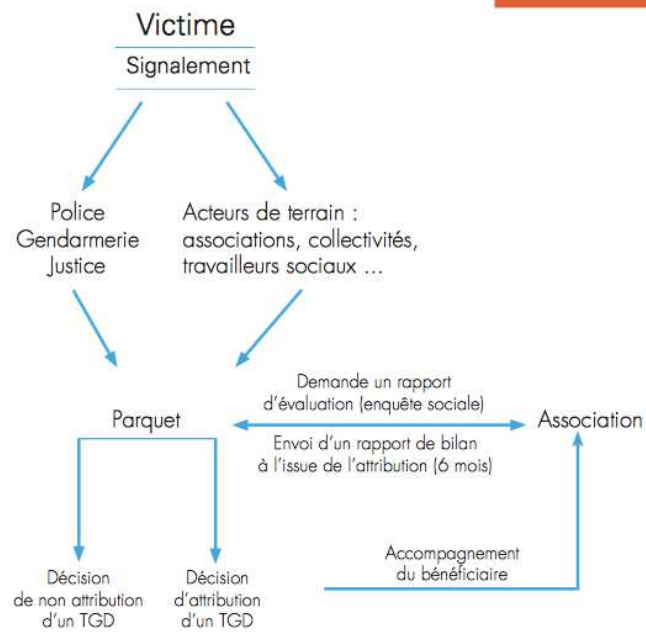
Esplanade-Krutenau, Cité de l'Ill, Robertsau-Wacken, Conseil des XV, Cronembourg et HautePierre.

V.4.2.6. Le service d'urgence médico-judiciaire

Il se trouve aux urgences du Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg, le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 14h à 17h au 03.69.55.10.34. En dehors de ces horaires, un médecin légiste est joignable par le 15.

V.4.2.7. Le téléphone grave danger (TGD)

Le téléphone grave danger (TGD) est un dispositif de téléprotection. En effet, il s'agit d'un téléphone portable muni à l'arrière d'un bouton d'urgence spécial. Ce téléphone permet à la victime de joindre directement une plateforme d'assistance dédiée 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 et d'être immédiatement géolocalisée (74). Le TGD peut être attribué par le procureur de la République lorsqu'il estime que ce dispositif est nécessaire pour protéger une personne victime de violences conjugales. Il est remis pour une durée de 6 mois renouvelables. Il ne peut être attribué que lorsque la victime ne cohabite pas avec l'auteur des violences et lorsque ce dernier a fait l'objet d'une interdiction judiciaire d'entrer en contact avec elle.



**Schéma de l'attribution du téléphone grave danger tiré de l'édition d'octobre 2015 du
SADJA (74)**

V.5. Forme que pourrait prendre cette formation « idéale »

Selon les participants et comme indiqué au paragraphe précédent, ils souhaiteraient que le temps accordé à la pratique soit privilégié. Après quelques informations théoriques concernant la rédaction du certificat médical de coups et blessures, le réseau d'aide spécialisé du secteur et quelques clés pour savoir aborder le sujet, ils proposent de consacrer au moins 2/3 du temps à la pratique.

Beaucoup ont parlé de jeux de rôles, de simulation en situation réelle avec possibilité de se filmer et débriefer ensuite pour étudier le verbal, l'attitude extra-verbale et pouvoir se corriger soi-même. Certains ont cependant mentionné le fait qu'un médecin est mal placé pour jouer la victime et qu'il existe de nombreux biais. Depuis 2 ans le DMG a organisé une formation optionnelle : la FO 23, intitulée : « Violence conjugale/maltraitance » qui est réalisée en association avec SOS Femmes Solidarité et qui est divisée en 2 parties : le matin sur les violences conjugales et l'après-midi sur la maltraitance faite aux enfants. La matinée comporte d'abord une partie théorique avec des rappels sur les différentes formes de violences, le cycle de la violence, quelques informations concernant le CHRS Flora Tristan et l'accueil de jour de SOS Femmes Solidarité puis une partie de mise en pratique avec plusieurs jeux de rôles avec des situations de violences conjugales pour savoir comment les internes se comportent face à cette mise en situation et une partie de debriefing pour les aider à se sentir plus à l'aise.

D'autres sont allés encore plus loin dans la réflexion et se sont dit que quitte à mettre leurs connaissances en pratique, mieux valait le faire en condition totalement réelle, en immersion dans une vraie association avec des personnes qui ont de véritables problèmes. Ils ont émis l'idée de passer quelques jours dans une association en s'appuyant sur le fait qu'il est plus formateur d'être en condition réelle sur le terrain. D'autres ont rétorqué qu'il existe un problème de faisabilité car les promotions d'internes de médecine générale représentent de nombreux étudiants. Certains ont pensé organiser une formation sur le modèle du stage CPAM, d'abord de la théorie puis une journée dans une association, chaque interne aurait l'opportunité de recevoir cette formation lors

de son stage chez le praticien et cela lui amènerait des points formation (sur le modèle du stage CPAM). Cette idée est très intéressante mais effectivement assez difficile à mettre en place, bien que certaines associations seraient contentes d'accueillir des internes de temps en temps pour les sensibiliser à ce genre de problématique (j'en avais parlé avec des intervenants de SOS femmes solidarité et du CIDFF67), je pense que ce serait plutôt du côté des femmes victimes que cela serait compliqué. Dans la mesure où il est déjà difficile pour ces femmes de se décider à venir dans ces associations puis de s'ouvrir à l'interlocuteur de SOS Femmes Solidarité ou du CIDFF67 alors si elles rencontrent toutes les semaines des nouveaux intervenants, cela ne les aiderait peut-être pas à se livrer et dans le lien de confiance. Néanmoins, c'est une bonne piste à garder à l'esprit si une nouvelle formation était à monter.

V.6. Avancées en cours concernant les violences conjugales

Lors de la campagne électorale d'Emmanuel Macron, l'égalité entre les femmes et les hommes avait été annoncée comme une grande cause du quinquennat. Suite à son élection, quelles ont été les principales actions mises en place pour lutter contre les violences faites aux femmes ?

Tout d'abord, la loi du 3 août 2018 a instauré la **pénalisation du harcèlement de rue**. Désormais, « il n'est plus légal de suivre une femme contre son gré, de tenir à son encontre des propos sexistes, de faire des remarques déplacées sur son physique ou sa tenue, de l'importuner » (79). Toute personne violant ces règles peut faire l'objet d'une amende allant de 90 à 750 euros.

Le délai de prescription pour les crimes sexuels commis sur mineurs a également été rallongé à 30 ans (79).

Par ailleurs, à partir de janvier 2020, **1 000 nouvelles places d'hébergement pour les victimes de VC** devraient être disponibles, dont 250 places en hébergement d'urgence et 750 places spécifiques d'hébergement temporaire pour les femmes ayant des enfants. Actuellement, 5 240 places d'hébergement et de logement sont déjà réservées aux femmes victimes de VC. Pour ces créations d'hébergements, 5 millions d'euros seront mobilisés (79).

En outre, une **plateforme pour signaler en ligne des actes de violences**, notamment sexuelles et sexistes, a été lancée en 2018. Elle est anonyme et disponible 24h/24 et 7j/7, sur internet par le lien suivant : <https://www.service-public.fr/cmi>. Par cette plateforme, toute victime peut être mise en contact direct par tchat avec un policier ou un gendarme, spécialement formé qui pourra l'accompagner soit vers un dépôt de plainte soit vers des interlocuteurs spécifiques pouvant leur porter assistance. La capitaine de police Sandrine Masson dirige la plateforme avec une psychologue et 36 policiers et gendarmes spécifiquement formés pour recueillir la parole des femmes victimes de violences sexuelles et sexistes.

De plus, **l'accueil des victimes de violences conjugales dans les commissariats de Police et les Gendarmeries est en cours d'amélioration**. Pour atteindre cet objectif, « 73 psychologues vont être recrutés dans les commissariats et gendarmeries afin d'accompagner les femmes dans leurs plaintes, les agents de police et de gendarmerie ont déjà reçu et continueront de recevoir des formations spécifiques à la prise en charge de ces femmes » (79). En parallèle, « un audit dans 400 commissariats et gendarmeries » a été annoncé mardi 3 septembre 2019. L'objectif est d'examiner « la façon dont sont accueillies les victimes, identifier les dysfonctionnements précis et les corriger. L'accueil de 500 victimes de violences sera ainsi passé au peigne fin » (79).

En outre, il est également question de **généraliser la possibilité de porter plainte à l'hôpital** afin de centraliser les démarches des victimes.

Suite à la circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du 25 novembre 2015 (80), les services d'urgences devraient tous avoir mis en place des référents sur les violences faites aux femmes. « Ce référent est désigné parmi les médecins du service des urgences ou du SAMU de l'établissement par le responsable d'unité (...). Il est chargé d'organiser des temps de sensibilisation et d'information, sur le lieu du service, pour l'ensemble du personnel du service d'urgences, en utilisant les outils pédagogiques mis à disposition par la MIPROF (...), il doit également identifier les partenaires utiles tant au sein de l'établissement (traumatologie, gynéco-obstétrique, gastro-entérologie, psychiatrie, pédiatrie, unités médico-judiciaire, services sociaux...) et mettre à disposition des autres professionnels de l'établissement et des victimes des supports de communication et de sensibilisation (affiches, dépliants et spots vidéos) utiles sur cette problématique. » (80)

En ce qui concerne **l'autorité parentale du conjoint violent**, aujourd'hui, le juge n'a que deux options qui s'offrent à lui : soit retirer l'autorité parentale du père sur ses enfants soit ne pas toucher à son autorité parentale. Dans la mesure où chaque situation est différente, « le juge disposera désormais de plus d'options : suspendre l'autorité parentale, retirer uniquement le droit de visite et d'hébergement, offrir la possibilité à la mère de choisir elle-même ce qu'elle souhaite pour ses enfants tout en continuant à percevoir sa pension alimentaire, etc. » (79)

Le Gouvernement a également un projet à venir de mise en place d'un « **bracelet anti-rapprochement** » pour s'assurer en temps réel que l'interdiction du conjoint violent d'entrer en contact avec sa victime soit bien respectée. « Concrètement, le conjoint violent portera un bracelet électronique inamovible, connecté à un récepteur porté par la femme victime. Si un rapprochement

illicite est constaté, les forces de l'ordre seront immédiatement alertées et pourront intervenir ». Le port du bracelet pourra être ordonné par le juge dans deux situations : d'une part en cas de condamnation pour violences conjugales, d'autre part avant toute condamnation, dans le cadre d'un contrôle judiciaire ou d'une ordonnance de protection (79).

Une grande **campagne de sensibilisation à destination des témoins** est également menée pour les inciter à agir sous le slogan « Réagir peut tout changer », « elle illustre différentes scènes du quotidien, dans lesquels l'intervention d'une personne extérieure, témoin, aurait pu sauver une femme en danger » (79).

Le mardi 3 septembre 2019, le **Grenelle des violences conjugales** a débuté et se poursuivra jusqu'au 25 novembre 2019. Une centaine de Grenelle locaux seront organisés un peu partout sur le territoire national réunissant de nombreux acteurs : ministres, parlementaires, élus locaux, administrations, associations, familles et proches de victimes, avocats, médias, professionnels de la santé, du logement et forces de l'ordre afin de trouver de nouvelles solutions pour protéger les femmes victimes de VC et de prendre des engagements concrets et collectifs.

Par ailleurs, dans les nouvelles **réformes du DES de médecine générale**, il existe également un nouveau type de formation d'apprentissage par compétence. Un ensemble de **familles de situations cliniques** a été défini, **dans lesquelles l'interne de médecine générale devrait être placé afin d'évaluer ses performances et ses compétences**. A l'aide de ces mises en situation, l'interne doit être en mesure « de poser un diagnostic global de la situation, d'élaborer un projet d'intervention négocié avec le patient, de mettre en œuvre un projet de soin, d'effectuer un suivi rapproché, d'assurer la continuité de la prise en charge puis d'effectuer un suivi différé dans le

temps » (81).

La grande famille numéro 6 s'intitule : « Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple ». Les formateurs attendent que l'interne « recherche la présence ou l'absence de violences conjugales de toute nature et des faits de maltraitance sur les personnes vulnérables de la famille » puis qu'il élabore un projet d'intervention, qu'il mette en œuvre un projet thérapeutique, qu'il rédige les certificats nécessaires puis qu'il effectue un suivi et assure la continuité de la prise en charge (81).

On peut ainsi espérer que les internes qui auront participé à ces nouvelles formations d'apprentissage par compétence mises en place à partir de la réforme 2017-2018 auront tous un minimum de connaissances et qu'ils auront déjà été mis dans ce type de situation.

VI. Conclusion

Les violences faites aux femmes constituent un véritable enjeu de santé publique dans la mesure où la prévalence est importante, en effet elles touchent environ une femme sur dix en France quelle que soit sa catégorie socio-culturelle (15)(16)(76). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé, ces agressions ont des effets non négligeables, qu'ils soient psychologiques, traumatologiques ou même gynécologiques (4). De plus, le coût économique annuel des violences conjugales est évalué à 2,5 milliards d'euros (4).

Dans les thèses préexistantes sur ce thème (9)(10)(11)(12)(13), les médecins interrogés citent constamment le manque de formation dans leurs difficultés à aborder le sujet avec leurs patientes et à être totalement compétents dans leur prise en charge. Très peu de médecins dépistent de manière systématique comme cela est recommandé par la HAS (14).

Cette étude qualitative basée sur 4 focus groups incluant un total de 25 médecins a permis de mettre en évidence leur volonté d'être mieux formés sur ce sujet pour améliorer leur prise en charge de ces victimes car la majorité d'entre eux avouent se sentir mal à l'aise dans ce type de consultation et ne pas connaître le réseau local d'aide spécialisée. D'ailleurs, aucun des médecins interrogés ne dépistait systématiquement les violences conjugales dans sa pratique avant ces focus groups.

Mais à quoi ressemblerait cette formation « idéale » imaginée par les médecins interrogés ? La majorité des participants souhaiterait qu'une première formation ait lieu lors de l'internat, pendant le stage chez le praticien de médecine générale ou juste après celui-ci pour avoir déjà été confronté à l'expérience du terrain et à la pratique, dans l'idéal ils voudraient être formés de manière récurrente et trouveraient intéressant qu'une FMC puisse être proposée par la suite pour les médecins installés. Plusieurs des médecins ont émis l'idée que plus on allait en parler tôt dans le cursus, plus cela allait normaliser le fait d'aborder ce sujet avec les patientes. Cette formation

pourrait durer une journée pour les internes et 2 heures pour la FMC. En ce qui concerne le contenu, tous s'accordent à dire qu'il faut privilégier la pratique, de ce fait ils auraient aimé avoir une première partie théorique assez courte et condensée combinant les modalités de rédaction du certificat médical initial de coups et blessures, des informations claires et précises concernant les réseaux locaux d'aide spécialisée pour savoir où pouvoir adresser les femmes victimes de violences conjugales s'ils en dépistent et des clés pour savoir communiquer avec ces patientes victimes de VC. Ensuite ils voudraient consacrer au minimum 2/3 du temps de formation à la pratique, celle-ci pourrait se faire, selon les médecins participants, par des jeux de rôles et simulations en situation réelle avec la possibilité de se filmer puis débriefer ensuite pour étudier le verbal, l'attitude extra-verbale et pouvoir se corriger soi-même. D'autres médecins sont allés encore plus loin dans la réflexion et se sont appuyés sur le fait qu'il est généralement plus formateur d'être en condition réelle sur le terrain en envisageant que la phase pratique de la formation puisse se dérouler en immersion quelques jours dans une vraie association avec des personnes réelles qui ont de véritables problèmes. Ils ont évoqué que cette formation idéale pourrait se baser sur le modèle du « stage CPAM » avec tout d'abord de la théorie suivie d'une journée en immersion dans une association, chaque interne aurait l'opportunité de recevoir cette formation lors de son stage chez le praticien et cela lui amènerait des points formation. Cette idée a enthousiasmé plusieurs des médecins participants mais d'autres ont rétorqué qu'il existe un problème de faisabilité car les promotions d'internes de médecine générale représentent un grand nombre d'étudiants. Cette idée mériterait néanmoins d'être étudiée dans la mesure où les responsables d'associations rencontrés lors de ma phase de recherches préalables et de formations sur ce sujet semblaient ouverts à former les médecins et avaient une réelle volonté de les sensibiliser à cette problématique. Ils ont d'ailleurs tous été ravis lorsque je leur ai parlé de mon souhait de rédiger une thèse sur le thème des violences conjugales.

Depuis la réforme du DES de médecine générale de 2017-2018, il existe un nouveau type de formation d'apprentissage par compétence pour les internes. Dans la liste des familles de situations

présentées, il en existe notamment une intitulée « Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple », on peut ainsi espérer des prémices d'amélioration de la formation des nouveaux médecins à partir de cette réforme ainsi qu'à l'aide des nouvelles formations optionnelles proposées par le DMG, AGJIR, SOS Femmes Solidarité et le CIDFF67.

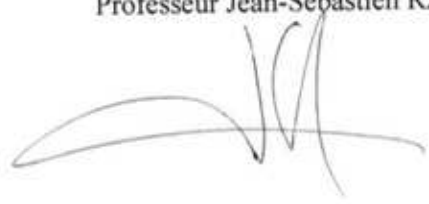
En somme, on peut dire d'une façon certaine qu'il existe un véritable vide d'aide au repérage et à la prise en charge des personnes confrontées quotidiennement à la violence et qu'insidieusement, si on ne trouve aucune solution, cela pourrait conduire les victimes à une grande détresse, une dépression majeure, au suicide voire à une réponse violente pouvant aller jusqu'au meurtre. De ce fait, il est plus qu'utile de déceler au plus tôt des violences subies et de former les médecins de premier recours au dépistage et à la prise en charge de ces femmes pour leur proposer un accompagnement personnalisé.

Vu et Approuvé

Strasbourg, le 24/08/19

Le Président du Jury de Thèse

Professeur Jean-Sébastien RAUL



Vu et approuvé

Strasbourg, le

25 SEP. 2019

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



Bibliographie

1. Frey C. RSCA Mme K. : Épigastralgies et douleurs abdominales récidivantes dans un contexte de stress chez une patiente avec barrière de la langue avec suspicion de violences conjugales sous-jacentes. [Mémoire de DES de Médecine générale]. Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2018
2. Secrétariat d'Etat en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes. Chiffres clés - Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes. [Internet]. [cité 30 avr 2018]. Disponible sur : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/les-chiffres-de-reference-sur-les.html>
3. Jaspard M. et l'équipe ENVEFF. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et Sociétés, Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques. Janvier 2001, numéro 364. [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
4. Organisation Mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des femmes. WHO. [Internet]. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur : http://www.who.int/topics/gender_based_violence/fr/
5. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Quatrième plan interministériel de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2014-2016. [Internet]. [cité 21 mai 2018]. Disponible sur : http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf
6. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Cinquième plan interministériel de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017-2019. [Internet]. [cité 21 mai 2018]. Disponible sur : <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>

7. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. [Thèse d'exercice]. Paris : Université Paris Diderot-Paris 7 ; 2013. [Internet]. [cité 8 juin 2019]. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4590_BARROSO-DEBEL_these.pdf

8. Quenot M. Repérage, en Médecine Générale, des violences conjugales faites aux femmes. A propos d'une enquête en Haute Garonne [Thèse d'exercice]. Toulouse : Université Toulouse III Paul Sabatier ; 2016. [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1297/1/2016TOU31055.pdf>

9. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : Etude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. [Thèse d'exercice]. Rouen : faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2016. [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340692/document>

10. Pantaleon M. Le médecin généraliste face aux violences conjugales représentations et résistances au changement de pratique. Etude qualitative à partir d'entretien semi-directifs. [Thèse d'exercice]. Nantes : Université de Nantes ; 2013.

11. Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire. [Thèse d'exercice]. Nantes : Université de Nantes ; 2006. [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur : <https://www.gynsf.org/vc/these.pdf>

12. Lauga Perrot A. Le médecin généraliste face au dépistage et à la prise en charge des femmes victimes de violence conjugales : enquête réalisée auprès de médecins généralistes en Alsace. [Thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2009.

13. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. [Thèse d'exercice]. Paris : Université Paris 6 ; 2012 [Internet]. [cité 11 oct 2017]. Disponible sur : http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/cornilleau_these.pdf

14. Haute Autorité de Santé. Violences au sein du couple : la HAS publie des recommandations à destination des structures d'hébergement social. Communiqué de presse mis en ligne le 28 septembre 2018. [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2872987/fr/violences-au-sein-du-couple-la-has-publie-des-recommandations-a-destination-des-structures-d-hebergement-social

15. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de Santé : Rapport au Ministre chargé de la Santé. La Documentation française ; 2001. [Internet]. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf>

16. Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF). Chiffres clés. [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.solidaritefemmes.org/chiffres-cl%C3%A9s>

17. La Lettre de l'Observatoire National des Violences faites aux Femmes -lettre n°8- Violences faites aux femmes : les principales données ; Novembre 2015. [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf

18. Formation AGJIR en association avec SOS Femmes Solidarité. Vadémécum. Sensibilisation-Formation "Repérer et orienter une femme victime de violences dans le cadre d'une consultation" ; Jeudi 16 novembre 2017.

19. Haut-Commissariat des Droits de L'Homme des Nations Unies (HCDH). Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

20. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Conseil de l'Europe. 12 Avril 2011. [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur :

https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Convention_d_Istanbul.pdf

21. Fontanel M., Pelloux P., Soussy A. Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences. La documentation française. Rapport remis le 5 Novembre 2014. [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000664.pdf>

22. Debauche A., Lebugle A., Brown E. et al. Enquête Violences et Rapports de genre (VIRAGE) : Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur :

https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf

23. Hamel C. L'Enquête Violences et Rapports de Genre (VIRAGE) : Résultats sur les violences sexuelles. Audition auprès de la délégation aux Droits des femmes au Sénat. 22 février 2018. [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur : https://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/delegation/femmes/20161123_VIRAGE_AuditionSenat-1.pdf

24. The Center for Health and Gender Equity (CHANGE). Ending Violence Against Women. Population Reports. Volume XXVII, Number 4 ; December 1999 [Internet]. [cité 21 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.k4health.org/sites/default/files/L%2011.pdf>

25. Ellsberg M., Heise L., Shrader E. Researching violence against women: a practical guide for researchers and advocates. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Center for Health and Gender Equity, 1999.

26. Rapport de la Commission sur l'Egalité des Genres du Conseil de l'Europe. Glossaire sur l'égalité entre les femmes et les hommes ; Décembre 2015. [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur : <https://rm.coe.int/16805a1cb7>

27. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE. Les résultats en bref. 2014. [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur : https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance_fr_0.pdf

28. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Synthèse bibliographique 2013, mise à jour en 2016. Etat des connaissances. Santé Publique France ; Septembre 2018. [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2018/Epidemiologie-des-violences-conjugales-en-France-et-dans-les-pays-occidentaux>.

29. Daligand L. Les violences conjugales. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? » ; 2016, 128 pages. [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible en ligne sur : <https://www.cairn.info/les-violences-conjugales--9782130733508.htm>

30. Abbott J. et al. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. Journal of the American Medical Association ; 1995, 273: 1763–1767.

31. Kyriacou DN et al. Emergency department-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. Annals of Emergency. Medicine, 1998, 31 :502–506.

32. Département de Médecine Générale Clermont-Ferrand. Site Déclic Violence. [Internet]. [cité 2 sept 2018]. Disponible sur : <http://www.declicviolence.fr>

33. Formation du CIDFF67 « Formation sur les violences faites aux femmes à destination des professionnel.le.s de Santé » du 12 et 14 décembre 2016.

34. Rapport Henrion au Ministre chargé de la Santé. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de Santé. La Documentation française ; 2001. [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000405.pdf>

35. Lacroix S, Offermans A-M. Rôle du médecin généraliste. Groupe de recherche SSMG. Février 2004 ; 59 p. [Internet]. [cité 7 juin 2019]. Disponible sur : http://www.appel-arlon.net/telech/SSMG_01.pdf

36. Walker L. E., The battered woman. Springer Publishing Company, 2000, 327 p.

37. Lévesque S., Laforest J. Violence conjugale. Le portail d'information prénatale. Institut National de santé publique Québec. [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/violence-conjugale.pdf>

38. Bounoure A. Les femmes victimes de violences conjugales face à leur médecin traitant : ententes et attentes. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de douze femmes. [Thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de Strasbourg. 2010.

39. Dupré O. Les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste : quelles sont leurs attentes ? Revue de la littérature. [Thèse d'exercice]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2016.

40. Landzberg L. Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes : étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille. [Thèse d'exercice]. Marseille : Faculté de Médecine de Marseille ; 2015.

41. Woimant M. Modalités de repérage des patientes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Paris : Université Pierre et Marie Curie. UFR de médecine Pierre et Marie Curie ; 2011.

42. Mork T., Andersen PT., Taket A. Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study. PubMed, NCBI ; 2014. [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24893567>

43. Coy C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCPs. [Thèse d'exercice]. Paris : Université Paris VI – Pierre et Marie Curie ; 2005. [Internet]. [cité 11 oct 2017]. Disponible sur : http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/gachen_coy_These-violence-conj.pdf

44. Morvant C., Lazimi G., Piet E et al. Les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Une urgence de santé publique ; 2007. [Internet]. [cité 30 avr 2018]. Disponible sur : https://www.collectifdroitsdesfemmes.org/IMG/pdf/appel_medecins_contre_violences_pdf.pdf

45. Foucard F. Enquête épidémiologique auprès de médecins de premier recours concernant le dépistage des violences conjugales et des violences sexuelles au sein du couple. [Thèse d'exercice]. Tours : Académie d'Orléans et Tours, Université François-Rabelais [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_FoucardFanny.pdf

46. Observatoire des violences conjugales -Fédération Nationale Solidarité Femmes. Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au « 3919-Violences Femmes Info », Année 2017 ; 2018. [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.solidaritefemmes.org/upload/FNSF-donn%C3%A9es-chiffre%C3%A9s-3919-2017.pdf>

47. Légifrance. Violence conjugale. [Internet]. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT0000>

22474297&ordre=null&nature=null&g=ls

48. Direction de l'information légale et administrative, Ministère chargé de la justice : servicepublic.fr - le site officiel de l'administration française. Violences conjugales ; décembre 2018. [Internet]. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>

49. Frappé P. Initiation à la recherche 2e Edition. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale ; 2011.

50. Paillé P., Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin ; 2012 [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>

51. Moreau A., Dedienne MC., Letrilliart L., Le Goaziou MF., Labarière J., Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien 2004 ; 665 : 382-384.

52. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ. 29 juillet 1995 ; 311(7000) : 299-302.

53. Beaugé P. La non prescription : médecins et patients sont-ils prêts ? Etude qualitative à partir de 5 FG de MG. [Thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2014.

54. Thibeault E-N. A propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés. Revue d'interface entre recherches et pratiques en éducation et formation ; 2010. [Internet]. [cité 4 mai 2018]. Disponible sur : <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58>

55. Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. Département de Santé Publique CHU de Nice. [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur : https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf

56. Le focus group [Internet]. [cité 4 mai 2018]. Disponible sur : http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/soc1014/IMG/pdf/GuideCollecteMSF_3_FocusGroup.pdf

57. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A-M., Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer ; 2008 ; 84 : 142-5.

58. La Lettre de l'Observatoire National des Violences faites aux Femmes -lettre n°13- Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2017 ; Novembre 2018. [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/violences_au_sein_du_couple_et_violences_sexuelles_novembre_2018.pdf

59. Département Universitaire de médecine générale de Tours. S'approprier la méthode des focus group. [Internet]. [cité 4 mai 2018]. Disponible sur : http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/2-_S_approprier_la_methode_des_focus_groups.pdf

60. Moureau A., Dedienne M-C., Letrilliart L., Le Goaziou M-F. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du focus group. La Revue du Praticien - Médecine Générale. Tome 18 ; n° 645 du 15 mars 2004 [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/307956569_Methode_de_recherche_s'approprier_la_methode_du_focus_group

61. Couture M. La recherche qualitative : Introduction à la théorisation ancrée. Interactions. Vol. 7, n° 2, automne 2003.

62. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. Recherches Qualitatives ; 2013 - Hors-Série - n°15, p. 435-452. [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hs-15/hs-15-Meliani.pdf

63. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique, n° 23 ; 1994,

p. 147-181. [Internet]. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur : <http://www.fractale-formation.net/dmdocuments/lanalyse-par-th%C3%A9orisation-ancr%C3%A9e-P-Paill%C3%A9.pdf>

64. Rigueur, qualité de l'analyse et triangulation. Université de Lyon 2. [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur :

http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2008.gonin_a&part=146620

65. Wolff S. L'erreur médicale : vécu, représentations et attentes : Etude qualitative à partir de focus groups d'internes et jeunes médecins. [Thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2013.

66. Almont T. Les Biais en Épidémiologie. ThEral. [Internet]. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur : <http://www.theral.fr/resources/ThErAL-Train/Les-biais.pdf>

67. Interprétation et critique des résultats d'une étude. LEPCAM. [Internet]. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur : <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/critique/>

68. Angot O. Faut-il réformer l'internat de médecine générale ? La Revue du Praticien de Médecine Générale ; 2007 ; 21 (774/775) : p633-634.

69. Haute Autorité de Santé (HAS). Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Recommandations de bonne pratique ; Octobre 2011. [Internet] [cité 5 avril 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_argumentaire.pdf.

70. Rougé-Maillart C., Gaudin A. Quand et comment rédiger un certificat pour coups et blessures ? 9eme Journée pluridisciplinaire. FMC, Université d'Angers. [En ligne] [cité 4 juillet 2019]. Disponible sur : <http://fcsante.univ-angers.fr/fr/acces-direct/supports->

pedagogiques/_attachments/2015/15-01-

29%2520Journ%25C3%25A9e%2520FMC/Quand%2520et%2520comment%2520r%25C3%25A9diger%2520un%2520certificat%2520pour%2520coups.pdf?download=true

71. Questel F. Urgences Online. Campus numérique de médecine d'urgence. Certificat médical descriptif d'une victime de violence volontaire ; Mars 2006. [En ligne]. [cité 4 juillet 2019]. Disponible sur : <http://www.urgences-serveur.fr/certificat-medical-descriptif-d,1124.html>

72. Haute Autorité de Santé (HAS). Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Recommandations de bonnes pratiques ; Octobre 2011. [Internet]. [cité 23 mai 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_argumentaire.pdf

73. Farrugia-Jacamon A. Prise en charge des victimes de violences à la consultation médico-légale. Présentation PowerPoint à la formation du CIDFF67 « Formation sur les violences faites aux femmes à destination des professionnel.le.s de Santé » du 12 et 14 décembre 2016.

74. Ministère de la Justice. Le Dispositif Téléphone Grave Danger (TGD); 10 août 2017. [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/aide-aux-victimes-10044/le-dispositif-telephone-grave-danger-tgd-30752.html>

75. Service de l'accès au droit et à la justice et de l'aide aux victimes (SADJAV). Dispositif Téléphone Grave Danger (TGD) ; Edition Octobre 2015. [Internet]. [cité 5 juin 2019].

Disponible sur : <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/content/download/9761/62904/file/T%C3%A9l%C3%A9phone%20grave%20danger-1.pdf>

76. Délégation aux victimes, Ministère de l'Intérieur. Etude Nationale sur les morts violentes au sein du couple, Année 2017. [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.egalite->

femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2018/11/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2017.pdf

77. Budowski M., Gay B. Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine. Petite histoire américaine racontée par Kerr White en 1997. La Revue Exercer ; Novembre/Décembre 2005 n°75 -144. [Internet]. [cité 20 juin 2019]. Disponible sur : https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/carre_de_white3.pdf

78. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en partenariat avec l'Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale (ONDRP) et avec le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » 2018 ; 6 décembre 2018 [Internet]. [cité 10 septembre 2019]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2018>

79. Élysée. Lutte contre les violences conjugales : quelles avancées en 2 ans ? Publié le 7 septembre 2019. [Internet]. [cité 11 septembre 2019]. Disponible sur : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2019/09/07/lutte-contre-les-violences-conjugales-queelles-avancees-en-deux-ans>

80. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Circulaire DGOS/R2/MIPROF n° 2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes. [Internet]. [cité 10 septembre 2019]. Disponible sur :

https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-12/ste_20150012_0000_0080.pdf

81. Collège National des Généralistes enseignants. Descriptif de l'ensemble des familles de situations (problèmes complexes) dans lesquelles l'interne de médecine générale devrait être placé afin d'évaluer ses performances et ses compétences. CNGE Collège académique. [Internet]. [cité 11 septembre 2019]. Disponible sur :

http://www.cemg-lille.fr/fichiers/outils/famillesdesituations_descriptif.pdf

Bibliographie non numérotée

- Moreau M. Formation sur le repérage et la prise en charge de femmes victimes de violences, organisée par l'association SOS Femmes Solidarité et le syndicat AGJIR : Impact sur les pratiques des professionnels de santé de premier recours. [Thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2018.

- Sénat. 2006-2016 : un combat inachevé contre les violences conjugales. [Internet]. [cité 10 mai 2018]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r15-425/r15-4254.html#toc83>

- Aguillon S., Marre Petit-Castagnet J. Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches ? Thèse qualitative en « focus group » dans le Lot. [Thèse d'exercice]. Toulouse : Université de Toulouse III Paul Sabatier ; 2015

- Communauté Urbaine de Strasbourg. Les violences faites aux femmes : comprendre, prévenir, accompagner. Guide à l'usage des professionnels. [Internet]. [cité 7 mai 2018]. Disponible sur : <https://www.strasbourg.eu/documents/976405/1439068/0/92443af5-1f73-36c1-9dc8-1133b54bd54f>

- Colloque « Violences Conjugales » organisé par le CHU de Nantes et Gynécologie Sans Frontières avec le concours de la Délégation Régionale aux droits des femmes et à l'Egalité des Pays de la Loire et de SOS Femmes. Les violences conjugales : Rôle des professionnels de santé, en réseau avec les associations, la justice et la police. Nantes ; 26 Juin 2007. [Internet]. [cité 7 juin 2018]. Disponible sur : <https://www.gynsf.org/vc/actesnantes.pdf>

- Bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins. Le rôle du médecin dans le signalement des violences conjugales. Médecins ; n°17 Mai-Juin 2011, p 16-17. [Internet]. [cité 30 avril 2018]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecin_17_complet.pdf

- Canuet H., Belin I., Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *Exercer* 2010 ; 92 : 75-81.
- Lange A. Acquittée : Je l'ai tué pour ne pas mourir. Essai (Poche) ; 16 mai 2013.
- Ledoux A. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : Enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque. [Thèse d'exercice]. Bordeaux : Faculté de médecine de Bordeaux ; 2018. [Internet]. [cité 3 mai 2018]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01973755/document>
- Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. ; 12 Avril, 2011. [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur : <https://rm.coe.int/1680084840>
- Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. Formation des référent.e.s "violences faites aux femmes" des services d'urgence. Dossier de presse ; 27 juin 2016. [Internet]. [cité 11 octobre 2017]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/06/Dossier-de-presse-Formation-des-referents-violences.pdf>
- Zaher E., Keogh K., Ratnapalan S. Effets de la formation sur la violence conjugale. Révision systématique d'études randomisées contrôlées. *Canadian Family Physician - Le Médecin de famille canadien* ; Vol 60 : juillet 2014. [Internet]. [cité 30 avril 2018]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4096278/>
- Lori, médecin généraliste. Le dépistage des violences en consultation : une expérience. Une association de soignant.e.s contre le sexisme médical. Billet de blog paroles de meuf ; 8 mars 2017. [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur : <https://www.pourunemeuf.org/2017/03/08/depistage-des-violences-en-consultation/>

- Linassier A. Application du questionnaire WAST en France dans le dépistage des violences conjugales en médecine ambulatoire. [Thèse d'exercice]. Poitiers : Université de Poitiers ; 2017. [Internet]. [cité 20 avril 2018]. Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/a89c484c-261f-4e4d-8189-b319cdcf4933>
- Hanser A-C. Violences conjugales et IVG répétées : y-a-t-il un lien ? Une enquête statistique sur la région Alsace. [Thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2015.

Annexe 1 : Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux.

Synthèse bibliographique 2013, mise à jour en 2016. (28)

Prévalence des violences contre les femmes

Pays	Année d'enquête	Source, année de publication, type d'enquête	Physique		Sexuelle		Physique et/ou sexuelle	
			12 derniers mois	Vie entière	12 derniers mois	Vie entière	12 derniers mois	Vie entière
Australie	2005	Australian bureau of statistics, 2006 Personal safety survey (module)						2,1
	2002-2003	Australian Institute of criminology, 2004; IVAWS	4	25	1	8	4	27
Belgique	2009	Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2010, Enquête spécifique	1,9		0,9			
Canada	2009	Statistics Canada, 2011, Family violence in Canada Enquête de victimation+données administratives					1,9	6,4
	2004	Statistics Canada, 2006 General social survey (module)					2	7
Danemark	2003-	IVAWS, 2008	1	20	0	6	1	22
Finlande	2005-2006	National Research Institute of Legal Policy, 2006 Enquête de victimation chez les femmes	6,3	17,6	2	4,3	7,9 ^a	
France	2007	ONDRP-Insee, 2008 Enquête de victimation	3		0,7		3,3	
	2000	Service du droit des femmes, 2001 Enveff, Enquête spécifique	2,5		0,9		10 ^a	
Allemagne	2003	Federal Ministry for Family Affairs, 2004 Enquête spécifique		23		7		25
Islande	2008	Ministry of Welfare, 2012 IVAWS		20		6		30
Irlande	2003	National Crime Council, 2005 IVAWS	1,4	1,3	0,7	8	3,2	14,5 ^a
Italie	2006	ISTAT, 2007 IVAWS	1,7	12,2	1	6,1	2,4	14,3
Pays Bas	1986	Utrecht University, 1997 Enquête spécifique		21				
Norvège	2008	Department of Public Health and General Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, 2008 Enquête spécifique		13,9	1	9,4	5,5	26,8

Portugal	2007	Commission for Citizenship and Gender Equality, Faculty Social and Human Sciences (Lisbonne), 2008 Enquête spécifique					6,1 ^a	
Espagne	2005	Instituto de la Mujer, 2006 Enquête spécifique des violences					9,6 ^b	
Suède	1999-2000	Crime Victim Compensation and Support Authority, Swedish National Center for Battered and Raped Women, 2001 Enquête spécifique	4	18				
Suisse	2003	Université de Lausanne, 2008 IVAWS	1	9		3	1	10
Royaume-Uni	2005	British crime survey, 2006	2,7	18,9	0,2	3,8	5,9	28,4
États-Unis	2010	CDC, national Institute of justice, 2010 enquête spécifique	4	32,9	0,6	9,4	5,9 ^a	35,6 ^a
	2000	CDC, national Institute of justice, 2000 enquête spécifique	1,3	22,1	0,2	7,7	1,5	24,8

a : ont inclus la violence émotionnelle ; b : violence au sein du couple et/ou autre violence

Source : UN WOMEN, Violence against women Prevalence data : survey by country. Compiled by UN Women (as of December 2012)

http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vaw_prevalence_matrix_15april_2011.pdf

Annexe 2 : Lettre n°13 de l'Observatoire national des violences faites aux femmes (58)



MIPROF
Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains



Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2017

Indicateurs annuels

Depuis 2013, la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), publie à l'occasion du 25-Novembre, journée internationale pour l'élimination des violences faites aux femmes, les principales données statistiques disponibles en France sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles. Ce travail est guidé par deux exigences. La première est de diffuser des données statistiquement solides et représentatives, la seconde de les exploiter et de les analyser à l'aune des caractéristiques et des mécanismes propres aux violences faites aux femmes.

L'intérêt croissant porté à ces questions ainsi que l'amélioration progressive des systèmes de recueil statistique permettent cette année encore d'approfondir notre connaissance. Les indicateurs sur le nombre de victimes,

les plaintes et les condamnations, sont désormais complétés par une photographie détaillée du traitement par les parquets des tribunaux de grande instance des affaires de violences entre partenaires et de violences sexuelles. La présente publication offre également plusieurs éléments de mesure des effets du mouvement #MeToo.

Ces données ont vocation à être partagées par les acteurs et les actrices impliqués dans la lutte contre les violences sexistes et sexuelles subies par les femmes. Elles sont à la fois un levier pour sensibiliser et mobiliser l'ensemble de la société et un outil pour construire des réponses efficaces, à la mesure de l'ampleur et de la gravité de ces violences.

EN 2017

- **130 femmes** ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire « officiel » ou « non officiel », soit une femme tous les 2,8 jours
- **219 000 femmes majeures** déclarent avoir été victimes de **violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint** ou ex-conjoint sur une année
Moins d'1 victime sur 5 déclare avoir déposé plainte
- **88 % des victimes** de violences commises par le partenaire enregistrées par les services de police et de gendarmerie **sont des femmes**
- **96% des personnes condamnées** pour des faits de violences entre partenaires **sont des hommes**
- **94 000 femmes majeures** déclarent avoir été victimes de **viols et/ou de tentatives de viol** sur une année.
9 victimes sur 10 connaissent l'agresseur
1 victime sur 10 déclare avoir déposé plainte
- **86 % des victimes** de violences sexuelles enregistrées par les services de police et de gendarmerie **sont des femmes**
- Depuis le mois d'octobre 2017 et le début du mouvement **#MeToo**, le nombre de victimes de violences sexuelles connues des forces de sécurité sur une année a **augmenté de 23 %**
- **99% des personnes condamnées** pour violences sexuelles **sont des hommes**

JOURNÉE INTERNATIONALE DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

VIOLS ET AGRESSIONS SEXUELLES EN FRANCE *Premiers résultats de l'enquête Virage*

L'enquête Virage, réalisée en 2015 par l'INED, passe en revue les violences sexuelles par espace de vie (études, travail, espace public, conjoint.e, ex-conjoint.e, famille et proches), au cours des douze derniers mois et de la vie entière.

Ces 12 derniers mois,

- 62 000 femmes ont été victimes d'un viol et/ou d'une tentative de viol
- 580 000 femmes ont subi au moins une agression sexuelle (dont viol et tentative de viol).

Parmi celles qui ont subi au moins un viol ou une tentative de viol dans leur vie,

- 40 % les ont vécus durant l'enfance (avant 15 ans),
- 16 % les ont vécus durant l'adolescence (entre 15 et 17 ans),
- 44 % les ont vécus à l'âge adulte (après 18 ans).

C'est au sein de l'espace privé que se produisent la plupart des viols et des tentatives de viols*

- 1,6 % des femmes ont subi ces violences par un membre de la famille ou un proche,
- 1,4 % des femmes ont subi ces violences au sein du couple (conjoint.e, petit.e-ami.e, ou ex),
- 0,9 % des femmes ont subi ces violences au sein de l'espace public,
- 0,25 % des femmes ont subi ces violences au travail ou au cours de leurs études.

* Proportion des victimes exprimée en %, une même victime peut subir plusieurs viols dans des espaces de vie différents



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

MINISTÈRE
DES FAMILLES,
DE L'ENFANCE
ET DES DROITS DES FEMMES



Annexe 4 : Statistiques des morts violentes au sein du couple : Etude nationale de l'année 2017 (62)

Victimes au sein du couple (<i>couples officiels et non officiels</i>)	151
...dont femmes	130
<i>Au sein de couples officiels (conjoint, concubin, pacsé ou ex...)</i>	<i>109</i>
<i>Au sein de couples non officiels (petit ami, amant, relation épisodique ou ex...)</i>	<i>21</i>
...dont hommes	21
<i>Au sein de couples officiels (conjoint, concubin, pacsé ou ex...)</i>	<i>16</i>
<i>Au sein de couples non officiels (petit ami, amant, relation épisodique ou ex...)</i>	<i>5</i>
Victimes enfants	25
...dont enfants tués en même temps que l'autre parent	<i>11</i>
- <i>au sein de couples officiels</i>	<i>9</i>
- <i>au sein de couples non officiels</i>	<i>2</i>
...dont enfants tués dans le cadre de violences conjugales sans que l'autre parent ne soit tué	<i>14</i>
Victimes collatérales hors mineurs	<i>5</i>
Homicides de rivaux	<i>7</i>
Total victimes d'homicides	188
Suicides des auteurs	59
<i>Au sein de couples officiels (conjoint, concubin, pacsé ou ex...)</i>	<i>41</i>
<i>Au sein de couples non officiels (petit ami, amant, relation épisodique ou ex...)</i>	<i>5</i>
<i>Au sein des rivaux sentimentaux</i>	<i>1</i>
<i>Suicides de partenaire(s) hors homicide</i>	<i>12</i>
TOTAL DECES	247

Annexe 5 : Tableau correspondant au thème « Repérer » sur le site déclic violence (32)

Facteurs de risque, facteurs aggravants	- Antécédent de violences familiales dans l'enfance - Séparation récente - Grossesse - Isolement social
Plaintes	- Plaintes vagues et inexpliquées - Symptômes physiques chroniques inexpliqués : douleurs (pelviennes, lombaires, abdominales, céphalées), asthénie - Symptômes physiques multiples
Comportement	- Consultations fréquentes - Retard à consulter, oublis de rendez-vous - Problème d'observance (traitement, conseils) - Incohérence dans le récit
Signes psychiques	- Dépression - Etat de stress post traumatique : - Anxiété - Troubles du sommeil - Idées suicidaires, tentatives de suicide - Addictions - Troubles du comportement alimentaire
Signes physiques	- Blessures/ traumatismes inexpliqués/répétés - Douleurs chroniques : pelviennes, lombaires, abdominales, céphalées - Asthénie - Maladie chronique déséquilibrée
Santé sexuelle et reproductive	- Grossesses non désirées, IVG - IST répétées - Dyspareunies - Fausse couche - Mérorragie - Manque de soins prénataux
Liés au partenaire	- Trop attentionné - Intrusif - Agressif
Liés aux enfants	- Rupture dans le comportement - Repli sur soi ou hyperactivité - Régression des acquisitions ou Maturité précoce - Troubles alimentaires - Troubles du sommeil - Douleurs répétées - Rupture scolaire - Actes délictueux - Mise en péril de soi

Annexe 6 : Tableau correspondant au thème « Aborder » sur le site déclic violence (32)

Les questions pour aborder le problème :

* En présence de signes d'alerte, quels qu'ils soient (facteur favorisant, plaintes, signes physiques, comportement de la patiente, de ses enfants, de son partenaire), on peut suggérer un lien possible entre ce qu'il se passe au domicile actuellement ou dans le passé et les signes actuels :

« J'ai vu des femmes avec des problèmes comme les vôtres qui traversent des difficultés à la maison. »

« Parfois, ce type de (plaintes, symptômes, comportements) peut être lié à du stress, des tensions, des agressions ou de la violence à la maison. »

* Lorsqu'il n'y a pas de signes particulier et que la question est abordée à titre systématique :

« Beaucoup de femmes rencontrent des problèmes avec leur mari ou leur partenaire, ou quelqu'un d'autre avec qui elles vivent. »

Lors d'une grossesse : « Il arrive souvent qu'il y ait des tensions ou parfois des agressions ou de la violence dans la famille ; elles ne sont pas toujours mises en évidence, c'est pourquoi je pose cette question à toutes mes patientes enceintes... »

*Voici des questions ouvertes sur le couple :

« Comment vont les choses à la maison ? »

« Comment va votre couple ? »

« Que se passe-t-il si votre (ex)mari / partenaire se met en colère ? »

*Voici quelques questions simples et directes :

« Avez-vous peur de votre (ex)mari / partenaire ? »

« Votre (ex)mari / partenaire 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 ? »

« Vous êtes-vous sentis humiliée ou insultée par votre (ex)mari / partenaire ? »

« Votre (ex) mari / 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 (ex)mari / partenaire a-t-il menacé de vous tuer ? »

« Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, physiques ou sexuelles dans votre couple ? » (Pensez à donner des exemples de ces violences)

« Est-ce que votre (ex)mari / partenaire vous brutalise ou vous insulte ? »

« Votre mari / votre partenaire vous a-t-il forcé à avoir des relations sexuelles ou tout contact sexuel que vous ne vouliez pas ? »

→ Si la patiente répond positivement à l'une de ces questions, il faut bien entendu essayer d'approfondir la situation si elle le désire.

Annexe 7 : Tableau descriptif détaillé des différents participants aux focus groups

	Sexe	Age	2 ^e cycle / 3 ^e cycle	Mode d'exercice
A 1	Femme	30	Strasbourg / Strasbourg	Remplace en rural, semi-rural et parfois urbain
A 2	Femme	29	Besançon / Strasbourg	Remplace en urbain et semi-rural
A 3	Homme	29	Caen / Strasbourg	Remplace en semi-rural et rural
A 4	Homme	31	Strasbourg / Strasbourg	Remplace en urbain, semi-rural et parfois rural
A 5	Femme	33	Strasbourg / Strasbourg	Remplace en rural et semi-rural
A 6	Homme	30	Strasbourg / Strasbourg	Remplace en urbain et semi-rural
B 1	Femme	30	Strasbourg / Strasbourg	Interne MG, 6 ^e semestre, en SASPAS
B 2	Homme	27	Strasbourg / Strasbourg	Interne MG, 5 ^e semestre aux urgences
B 3	Homme	26	Strasbourg / Strasbourg	Interne MG, 5 ^e semestre aux urgences
B 4	Femme	27	Besançon / Strasbourg	Interne MG, 3 ^e semestre en gynéco-pédiatrie
B 5	Homme	25	Strasbourg / Strasbourg	Interne MG, 3 ^e semestre en médecine interne
B 6	Femme	27	Strasbourg / Strasbourg	Interne MG, 5 ^e semestre en gynéco-pédiatrie
C 1	Femme	36	Strasbourg / Strasbourg	Installée depuis 2014, en secteur 1, patientèle majoritairement en zone urbaine +/- semi-rurale
C 2	Femme	49	Strasbourg / Strasbourg	Installée depuis 2000, en secteur 1, patientèle majoritairement en zone urbaine +/- semi-rurale
C 3	Homme	56	Strasbourg / Strasbourg	Installé depuis 1992, en secteur 1, patientèle en zone urbaine et semi-rurale
C 4	Homme	64	Strasbourg / Colmar	Installé depuis 1984, en secteur 1, patientèle majoritairement en zone urbaine
C 5	Femme	47	Strasbourg / Strasbourg	Installée depuis 2004, en secteur 1, patientèle majoritairement en zone urbaine
C 6	Femme	58	Strasbourg / Strasbourg	Installée depuis 1992, en secteur 1, patientèle majoritairement en zone urbaine
C 7	Femme	30	Strasbourg / Strasbourg	Installée depuis 2016, en secteur 1, patientèle en zone semi-rurale
D 1	Femme	31	Strasbourg / Strasbourg	Remplace depuis 2016 en zone urbaine et semi-rurale
D 2	Homme	45	Nancy / Strasbourg	Installé depuis 2008, en secteur 1, patientèle majoritairement en zone urbaine
D 3	Homme	32	Strasbourg / Strasbourg	Remplace depuis 2ans et demi en zone urbaine et semi-rurale
D 4	Femme	49	Strasbourg / Strasbourg	Installée depuis 2003, en secteur 1, patientèle majoritairement en zone urbaine
D 5	Femme	60	Strasbourg / Strasbourg	Installée depuis 1989, en secteur 1, patientèle en zone urbaine
D 6	Homme	31	Strasbourg / Strasbourg	Remplace depuis 2016, en zone urbaine et semi-rurale

Annexe 8 : Guide d'entretien focus group

Questionnaire focus group

Introduction : 1. Avez-vous déjà rencontré des femmes victimes de violences conjugales dans votre patientèle (ou vos remplacements ou en stage lors de votre internat) ou du moins l'avez-vous déjà suspecté ? Avez-vous un exemple de situation clinique ?

2. a) Comment vous sentez-vous lors d'une consultation où vous suspectez des violences conjugales ?

b) Comment peut-on vous aider à vous sentir plus à l'aise lors de ces consultations ?

3. Quels types de violences faites aux femmes connaissez-vous ?

4. Comment se passe le dépistage des violences conjugales pour vous en pratique ? Dépistez-vous de manière systématique ou sur signes d'appel ?

5. Quelles sont les difficultés auxquelles vous avez été confronté en consultation (lors du dépistage des violences conjugales) ?

6.a) Quels sont vos partenaires dans la prise en charge des femmes victimes de violences ? En connaissez-vous ?

b) Utilisez-vous des supports pendant ces consultations ?

7. Quelles formations avez-vous eu sur les violences conjugales au cours de votre cursus ?

8. Quelle serait la formation idéale dans ce domaine pour un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge ?

a) À quel moment ? (2^e, 3^e cycle, formation continue ?)

b) Quel contenu ? Théorique / Pratique ?

c) Quelle durée ?

d) Quelles méthodes de formation ? Ateliers, jeux de rôles, e-learning etc.

9. Comment pourrait-on intéresser les médecins qui ne se sentent pas trop concernés par cette thématique et les amener à participer à une formation ?

Annexe 9 : Exemple du premier focus group de médecins remplaçants

Focus group 1 : Médecins remplaçants

Modérateur = Audrey Kaelbel, infirmière diplômée d'Etat

Médecin 1 = Femme, 30 ans, 2^e cycle à Strasbourg, n'a pas fait de SASPAS, remplace depuis 2 ans en rural, semi rural et parfois urbain

Médecin 2 = Femme, 29 ans, 2^e cycle à Besançon, remplace depuis 2 ans en urbain et semi rural, a fait un SASPAS sur Strasbourg

Médecin 3 = Homme, 29 ans, 2^e cycle à Caen, remplace depuis 2 ans en semi rural et rural, n'a pas fait de SASPAS

Médecin 4 = Homme, 31 ans, 2^e cycle à Strasbourg, a fait un SASPAS sur Strasbourg, remplace depuis 1 an, en urbain, semi rural et rural

Médecin 5 = Femme, 33 ans, 2^e cycle à Strasbourg, n'a pas fait de SASPAS, remplacements depuis 2 ans, en rural et semi rural

Médecin 6 = Homme, 30 ans, 2^e cycle à Strasbourg, a fait un SASPAS, remplacements depuis 6 mois, urbain et semi rural

Question 1 : Avez-vous déjà rencontré des femmes victimes de violences conjugales dans votre patientèle (ou vos remplacements) ou du moins l'avez-vous déjà suspecté ?

Silence

Med 6 : « Oui, faut détailler ? Ben oui, ça m'est déjà arrivé, en consultation soit des gens qui le disaient spontanément soit que j'ai fortement suspecté. »

Med 2 : « Moi une fois, mais c'était pendant mon stage aux urgences en tant qu'interne »

Med 4 : « Moi, une fois, une patiente qui m'avait appelé pour tout à fait autre chose, qui a domicile expliquait que...ben voilà. »

Med 6 : « Moi, ça m'est arrivé, soit pour le certificat coups et blessures, soit dans d'autres contextes, voilà c'est pas si fréquent mais ça arrive. »

Med 1 « Oui ça m'est arrivé 2-3 fois, une fois où je le suspectais pas du tout où la patiente est venue pour des choses différentes et qui finalement a fini par me le dire elle alors que j'aurai pu le suspecter avant et voilà d'autres fois où c'était un peu plus clair. »

Med 5 : « Alors rencontré non mais suspecté oui, c'était dans un contexte où elle n'allait pas bien mais... euh... elle disait pas vraiment pourquoi en fait, mais que.. ça n'allait pas »

Modérateur : « Ok ben nous allons passer à la question 2. »

Question 2.a) Comment vous sentez-vous lors d'une consultation où vous suspectez des violences conjugales ?

Med 1 : « Ben c'est pas des consultations faciles euh...j'dirais plutôt mal à l'aise, parce que c'est pas évident, on sait pas comment aborder le sujet, on ne veut pas que la personne se referme, mais en même temps on veut quand même qu'elle se livre donc euh... non c'est pas évident. »

Med 4 : « Ben j pense que les 2 extrêmes mettent assez mal à l'aise, d'un côté quand on suspecte quelque chose mais on ose pas trop creuser où on ne sait pas comment elle va le prendre et au contraire quand d'un coup elle balance et elle attend une réponse et on se dit qu'est ce qu'on va faire de tout ça, les 2 extrêmes mettent assez mal à l'aise »

Med 6 : « Mal à l'aise aussi, ouais, mais plus quand c'est pas dit, quand la personne à la limite en parle spontanément j'trouve que c'est déjà une grande avancée, après c'est pas facile, on est toujours mal à l'aise mais un peu moins. » Rires.

Med 5 : « J'étais pas confrontée au fait que quelqu'un me l'a dit mais j'm' imagine qu'autrement à part faire le certificat et de dire après d'aller à la police j'crois que je serai un peu larguée pour mieux soutenir cette patiente pour l'avenir aussi , parce qu'il y a des conséquences qui s'en suivent et j'crois que je serai pas bien préparée, mal à l'aise oui ben quand cette patiente est venue pour dire qu'elle n'allait pas bien euh..., on fait tout pour dire ok ben y'a un hic mais après si c'est professionnel, familial... en gros comment poser la question, est-ce qu'on pose directement ou on avance à petits pas indirectement et c'est difficile quand on le suspecte et t'as l'impression de pas pouvoir lui demander. »

Med 2 : « Pour moi aussi, ben c'est assez délicat, euh... j'suis assez d'accord avec « Med 6 » quand on sait pas par quel euh..., parce qu'on peut se tromper, quand on suspecte des violences, ça peut être une autre personne que le mari... Alors comment on fait, est-ce qu'on pose directement la question ou est-ce qu'on est plus subtile au cas où, j'en sais rien... quand ça s'est passé j'avais

l'avantage que l'infirmière m'avait dit que les pompiers déjà le suspectaient, donc elle, elle voulait pas le dire mais du coup moi dans ma tête il y avait une suspicion et c'était quasiment sûr qu'il y avait eu violences conjugales donc j'ai pu me sentir la force de creuser derrière et de chercher ça mais quand on est pas vraiment certain, ben... c'est un peu particulier, voilà. »

Med 3 : « Moi j'saurai pas comment dire ça mais c'est plutôt la réaction inverse, j'serai plus mal à l'aise quand la personne me déballe tout que quand il faut creuser car à la limite quand il faut creuser, soit moi j'ai le doute et puis généralement si la personne elle l'avoue enfin si on peut employer ce mot là, j'me dis, peut-être la personne aura la révélation à ce moment-là, peut-être qu'elle pourrait relier ses troubles à ce problème, ce qui a aussi un côté libérateur, ce qui est différent de quand elle arrive pour un certificat où on elle nous déballe d'emblée tout ça, où en dessous il y a peut-être aussi un côté psy et que c'est un peu plus compliqué, j'déborde peut être mais du coup moi j'suis beaucoup plus mal à l'aise quand elles mettent ça à plat sur la table parce que quand elle nous connaissent pas boum poser ça ouhhh comme si elle déposait ses valises, c'est un peu comme déminer une bombe, un peu compliqué, moi j'suis beaucoup plus mal à l'aise quand elles déballet ça que lorsque je le suspecte mais bon c'est peut-être moi qui... »

Med 4 : « Non moi je suis d'accord avec toi, j''étais dans la même situation et on voit qu'elle demande à être prise en charge et en plus, c'était une histoire déjà un peu suspectée par le médecin que je remplaçais donc il y a une histoire et là brutalement tu connais pas le dossier, tu connais rien et vraiment il y a une demande, elle te sort tout en même temps, qu'elle veut divorcer mais qu'elle sait pas trop... qu'elle est en train de faire des démarches, ça part dans tous les sens et toi il faut que t'arrives à l'aider, alors qu'elle a déjà réfléchi avant ça. »

Med 3 : « Moi j'ai une situation autre, je lui ai demandé si elle voulait un certificat, elle dit ben non les mains courantes ça sert à rien, ok, qu'est-ce qu'on fait ? Je sais pas, c'est pour ça que je viens vous voir. »

Med 2 « Moi j'pense que le malaise est double : est-ce que je vais me tromper ? Et peut-être la personne n'a pas du tout envie d'en parler, on va l'offusquer si on parle de ça et il y a le malaise après de comment est-ce que je vais prendre en charge une fois qu'on me dit ben voilà euh, sachant que ce type de consultation ça dure pas 15minutes (rires), que euh... on est pas souvent confronté à ça donc euh on a pas forcément notre réseau... »

Modérateur : « on va juste continuer sur la question, on reviendra sur ça plus tard mais comme vous l'avez quasiment tous dit vous êtes mal à l'aise »

Question 2.b) Comment peut-on vous aider à vous sentir plus à l'aise lors de ces consultations ?

Med 4 : « Comment est-ce qu'on peut nous aider, c'est qui le « on » ? »

Modérateur : « En fait qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise lors de ces consultations ? »

Med 2 : « Etre en lien avec des assistants sociaux. »

Modérateur : « Un tout petit peu plus fort s'il te plait. »

Med 2 : « Connaître les partenaires sociaux du secteur, quand on est remplaçant c'est pas évident parce qu'on est pas toujours dans le même secteur et connaître tous les lieux c'est pas évident. »

Med 4 : « Il y a des numéros gratuits il me semble, des trucs abrégés... l'exemple type c'est la patiente qui dit oui j'ai essayé j'ai appelé 3 fois et cela n'a rien donné... donc avoir une procédure qui fonctionne avec des agents locaux chez qui tu peux adresser oui ça peut rassurer mais est-ce que c'est pas un peu déléguer le problème ? »

Med 2 : « non il faut faire les 2, j'dirai pas déléguer, c'est quand même aussi un problème médico-social donc t'as besoin d'eux, tu peux pas faire toutes les choses tout seul. »

Med 3 : « Moi je sais pas, celles que j'ai vues, elle ne se sentaient pas d'appeler, je leur ai proposé d'appeler, je ne sais pas si elles l'auraient fait d'elles mêmes, en tout cas c'est pas ce qui ressort en premier, je dirai et puis le problème c'est que dans la consultation, c'est souvent pour « déballer », moi c'était rarement suspecté, c'est un peu le triangle entre le persécuté et le persécuteur... pour démêler tout ça, pfffiou, et une formation pfff j'sais pas si ça aiderait franchement car il faudrait faire quelque chose de pratique plutôt que de la théorie. »

Med 2 : « Ben si j'pense, déjà ça nous sensibiliserait plus, peut-être on chercherait plus. »

Med 3 : « Ça je suis d'accord on ne cherche pas assez. »

Med 2 : « Je pense qu'on sous-estime à mon avis, ben oui ça sensibiliserait c'est sûr. »

Med 3 : « Ceci dit, en étant médecin remplaçant, c'est pas pareil que lorsqu'on est médecin généraliste installé, si tu vois que la mère ramène plusieurs fois ses enfants, tu vois dans le dossier qu'elle vient souvent, c'est pas forcément toi en tant que remplaçant qui va le suspecter bon après quand tu remplaces souvent au même endroit, c'est différent... »

Med 6 : « En même temps si c'est pas la même personne que d'habitude, tu sais pas quelle relation elle a avec son médecin, peut-être que la personne va en profiter du fait que ce soit pas le médecin du village pour en parler justement. »

Med 5 : « Et parfois les remplaçants ils se prennent plus de temps aussi. »

Med 6 : « Oui si le médecin a environ 5 minutes de moyenne par consultations, ben... »

Med 3 : « Là j'ai un truc qui me vient, c'est hors sujet, mais parfois c'est les patientes que je trouve très « chiantes » auxquelles je pense en me disant tiens moi elle m'énerve, son mari peut-être aussi, faut peut-être suspecter un truc et ça change le regard de la consultation. »

Med 4 : « C'est horrible !! »

Med 3 : « Je suis d'accord. »

Med 2 : « Heureusement que c'est anonyme ! » Rires.

Tous : Rires

Modérateur : « On se recentre s'il vous plaît, c'est un peu hors sujet. »

Med 3 : « Non mais c'était juste pour dire tu peux avoir des signaux d'alarme bêtes comme ça, savoir quand dans la consultation tu vas y réfléchir... »

Med 1 : « Comment l'aborder aussi. »

Med 3 : « C'est 2 problèmes différents, entre quand la suspecter et comment tu la prends en charge »

Med 1 : « Enfin comment aborder c'est comment aborder le sujet avec la patiente. »

Med 6 : « Il y a des médecins qui proposent de le faire systématiquement. »

Med 1 : « Oui c'est ça dans les questionnaires d'antécédents quoi. »

Med 6 : « Oui mais ça c'est plutôt quand t'es installé quand t'es remplaçant, tu vas pas à chaque fois refaire le point des antécédents, le médecin peut-être qu'il refait le point une fois par an pour faire une synthèse annuelle. »

Med 4 : « Aussi arriver à caractériser au niveau droit, légal, car c'est aussi une demande, souvent elles minimisent aussi, ne sachant pas trop où est la limite : est-ce que ça c'est grave ? Est-ce qu'il risque quelque chose ? Ou est-ce que c'est juste pas sympa ?

Med 3 : « Il m'a forcé pour avoir un rapport sexuel, mais c'est pas un viol ça vu que c'est mon mari ? » « Si ? »

Med 4 : « Comme tu dis il y a une partie médicale , par exemple le certificat coups et blessures, soigner le corps si violence physique et voilà, c'est relativement dans nos cordes mais après si on a les connaissances en droit, dans le domaine légal, on peut dire oui mais ça c'est pas normal, ben on peut mieux orienter cette personne quitte à demander l'avis d'un avocat, ça permet d'avoir des réponses à leur donner tout en se mettant un peu à distance, ça c'est du recours de un tel mais il faut déjà le savoir que tel acte c'est... »

Med 3 : « Après ce qu'il faut savoir c'est aussi ce que tu peux faire... les gens ils viennent te voir pourquoi, qu'est-ce qu'ils attendent de toi et qu'est ce que tu peux leur offrir, qu'est ce que tu vas pas leur offrir, est ce qu'on va jusqu'au bout du judiciaire ? »

Med 4 : « Ben ils ont des questions, et ils te demandent à toi de répondre. »

Med 2 : « Oui mais t'es pas obligé de répondre tout de suite. »

Med 6 : « Oui mais c'est de savoir ce que la personne attend déjà. »

Med 4 : « C'est ça. »

Med 6 : « Ouais mais tu peux pas vraiment adopter un discours type violence intra familiale. »

Med 4 : « Ben oui je suis d'accord, mais c'est sûr si tu fais une formation c'est sur quoi on devrait l'axer aussi. »

Med 6 : « Ça va être avant tout je pense, si on parle de formation, de communication ou de psychologie médicale plus que de la théorie, déjà pour apprendre à parler de sujets difficiles aux patients, t'as bien des formations d'annonce de maladie grave, techniquement c'est pas compliqué tu pourrais aussi dire : « Ben monsieur vous avez un cancer » sauf que c'est pas la bonne méthode. C'est pareil pour la violence, même en terme de formation, il faut quelque chose sur comment communiquer là-dessus et connaître les réseaux, ce que vous disiez tout à l'heure, ils sont pas... si nombreux les réseaux. »

Modérateur : « On va juste continuer. »

Question 3 : Quels types de violences faites aux femmes connaissez-vous ?

Med 1 : « Ben physique, sexuelle, verbale, euh voilà... »

Med 2 : « Et économique aussi. »

Med 1 : « Ah oui financière. »

Med 6 : « On a dit psychologique ? »

Med 3 : « Ah non, on n'a pas dit psychologique. »

Med 2 : « C'est déjà pas mal je trouve. » Rires.

**Question 4 : Comment se passe le dépistage des violences conjugales pour vous en pratique ?
Dépistez-vous de manière systématique ou sur signes d'appel ?**

Med 1 : « En stage de gynéco, on avait été sensibilisé à ça et systématiquement on posait la question avec les antécédents en fait parce qu'il y avait beaucoup de femmes victimes de violence qui consultaient en consultation libre donc j'avais pris le pli pendant ce stage pendant plusieurs consult' de poser systématiquement la question avec les antécédents : « Avez-vous déjà été victimes de violence ? », donc les personnes réagissaient de manière différentes, certaines étaient un petit peu choquées car elles ne consultaient pas du tout pour ça euh voilà...et... et puis finalement après avec le temps ce n'était plus un automatisme et j'ai arrêté de dépister systématiquement et là j'me dis que je passe peut-être à côté de beaucoup de femmes victimes de violences. »

Med 4 : « Alors moi pas de façon systématique, c'est vraiment sur signes d'appel »

Modérateur : « Lesquels ? »

Med 4 : « Humm.. »

Med 2 : « Bonne remarque ! » Rires « Déjà les marques physiques. »

Med 5 : « Je trouve aussi les femmes angoissées, dépressives. »

Med 2 : « Les symptômes fonctionnels récurrents, les multi-plaintives. »

Med 3 : « Moi j'en ai un en plus, c'est les colopathes. »

Rires général

Med 3 : « Non non mais le pire, c'est que c'est vrai, j'ai lu une étude selon laquelle il y avait beaucoup plus de femmes avec des antécédents de violence chez les colopathes que dans la

population générale, pas énorme, ça doit être 2 fois plus. Du coup j'ai tendance à rechercher ça aussi un peu plus chez les colopathes, c'est bête mais depuis que j'ai lu ça c'est un petit réflexe. »

Med 5 : « Moi chez les femmes qui ont aussi des soucis alcooliques, je trouve qu'il faut y penser ou des soucis d'abus de médicaments. »

Med 2 : « C'est quand même un peu tabou comme sujet, c'est pour ça que... enfin comment dire qu'on trouve que ça n'a pas trop sa place dans les antécédents, comme on cherche surtout les maladies... euh... somatiques, on va pas forcément chercher d'emblée les violences, enfin je m'emmêle un peu mais je pense que vous avez compris ce que je voulais dire. »

Med 6 : « Oui comment l'intégrer dans la démarche quoi...c'est pas si facile, après je sais pas s'il faudrait le chercher systématiquement ou pas. Vu que je suis pas encore installé, clairement je ne le fais pas systématiquement. »

Med 3 : « Tout à l'heure je plaisantais un peu mais vraiment il y a ce feeling, j'sais pas. »

Med 6 : « Toute situation qui s'y prête, il y a des sujets qui s'y prêtent plus. Tu vois, c'est comme lors des consultations pour la contraception où t'en profites pour parler d'IST. »

Med 2 : « Oui mais là c'était pas systématique alors. Systématique c'est la patiente tu la vois pour n'importe quoi et tu lui demandes si elle a subi des violences. »

Med 6 : « Oui c'est ce que j'ai dit, pas systématique. Mais c'est pas vraiment des signes d'appel mais plutôt des contextes. »

Modérateur : « Donc ce qui en ressort c'est plutôt sur signes d'appel, on va passer à la question 5. »

Question 5 : Quelles sont les difficultés auxquelles vous avez été confronté en consultation (lors du dépistage des violences conjugales) ?

Silence

Med 2 : « Moi clairement la patiente elle voulait pas avouer, elle voulait pas le dire. Elle prétextait quelque chose. J'ai pas dit : « Non mais je sais que vous mentez », je lui ai dit subtilement que ça ne tenait pas debout et finalement elle a fini par dire que c'était vrai effectivement qu'il avait été violent mais de toute façon ça n'a abouti sur rien de concret parce qu'elle n'était pas dans la demande d'aide, de procédure ou quelque chose comme ça. Et la 2^e, parce que je viens de me

souvenir d'une autre situation dont je ne me souvenais plus. C'était quelqu'un qui avait été violée et en fait qui était allée spontanément porter plainte et le policier lui a dit : « Écoutez votre plainte est irrecevable parce qu'il était dans votre lit, vous avez accepté qu'il soit votre petit ami et du coup il n'y a pas de viol. » donc quand on est devant une situation comme ça... On se demande comment la police dirige les plaintes, est-ce qu'ils sélectionnent ? Est-ce qu'ils trient les plaintes par rapport à ça ? Du coup, je lui ai fait son certificat et je lui ai demandé de retourner porter plainte mais vu comme elle s'était fait recevoir, je ne sais pas si elle a osé retourner... »

Med 3 : « Moi ça me rappelle une situation, j'étais de garde en psychiatrie et je reçois une patiente de 25 ans, schizophrène, un peu en délire, en discutant avec elle, elle me dit que le point de départ de tout ça c'est un viol alors je ne comprends pas car elle est passée par les urgences psychiatriques et je regarde : pas d'examen somatique, il n'y a rien, je me dis c'est bizarre quand même parce que si elle parle de viol, jusqu'à preuve du contraire c'en est un ! Donc il faut faire des démarches, faire l'examen, il est 2 heures du matin, je rappelle le mec des urgences psy', pour lui ce n'est pas à prendre au sérieux, la personne n'est pas dans un état correct. Ok elle était un peu dissociée mais elle a quand même l'air clair là-dessus. Alors là, branle-bas de combat pour la renvoyer aux urgences qui finalement ont quand même accepté de la reprendre en charge mais et j'ai raconté ça à l'urgentiste il m'a dit c'est normal on fait tout, alors que le psychiatre lui n'en avait un peu rien à faire. Alors j'ai un peu le même problème que toi, comment on peut juger de ce qui est viol de ce qui n'est pas viol. Moi j'suis pas légiste, jusqu'à preuve du contraire tu fais tout ce qu'il faut et après ben c'est pas toi qui juges... »

Med 2 : « Ben on connaît la définition du viol. »

Med 3 : « Ouais mais si là on te dit elle est dissociée machin, quand c'est un truc qui n'est pas clair, je pars du principe que tu crois la personne, même si au final on se rend compte au final que c'est des bobards. »

Med 6 : « Jusqu'à preuve du contraire, à partir du moment où la personne le dit, on prend en charge comme d'habitude qu'elle que soit la situation. »

Med 2 : « Ouais mais visiblement au niveau social il y a un truc, il y a quand même quelque chose qui n'est pas accepté ou intégré. »

Med 6 : « Oui mais ça ne veut pas dire qu'il faut laisser faire. »

Med 2 : « Non justement c'est ce que je lui ai dit. »

Med 6 : « Tu imagines que si la patiente elle intègre que ça c'était normal ? »

Med 3 : « Si tu vois une petite routine de violences se mettre en place, toi t'es là pour dire stop non c'est pas normal. »

Med 4 : « J'sais pas où vous avez fait vos urgences mais à Hautepierre justement on ne faisait pas les certificats de coups et blessures et par exemple pour un viol, on l'envoyait en médecine légale au NHC et du coup ça faisait n'importe qui qui venait pour un contexte de violence blessures passe devant un médecin spécialisé en médecine légale avec donc quelqu'un de formé devant lui pouvant lui expliquer les tenants et les aboutissants, on les rentre un peu de force dans le système, pas que viol mais dès qu'il y a un contexte de violences, dès que c'est pas un truc clair... »

Med 3 : « Dans les urgences où j'étais, c'était que pour les viols qu'on les adressait au médecin légiste. Les coups et blessures étaient vus par les internes pour un coup et blessure simple sans viol. Après on peut toujours les ré-adresser vers la médecine légale pour refaire un certificat si nécessaire. »

Med 6 : « J'sais pas mais moi pour les agressions sexuelles et tout, elles passaient aussi en gynéco', ça dépend je pense du lieu et des situations de violence. »

Modérateur : « On va un peu se recentrer, si vous aviez évoqué toutes les difficultés, alors nous allons passer à la question suivante. »

Med 6 : « Je me rappelle plus si ça a été dit mais quand tu le suspectes justement et que tu sens que la personne ne veut pas en parler, tu poses la question clairement et qu'une fois qu'elle te répond « non, non vous vous trompez », ben c'est compliqué... »

Med 4 : « Enfin même si elle dit non, il faut au moins lui mettre en tête que oui ben ok c'est pas ça mais si c'était ça, ça serait pas normal, au moins elle l'aura entendu. »

Med 1 : « Oui il faut bien le re-spécifier car pour elle c'est peut-être devenu normal et c'est plus des violences. »

Med 4 : « C'est ça, c'est peut-être devenu tellement normal qu'elle se dit que c'est peut-être le couple qui ne marche pas. »

Med 1 : « Elle se dit qu'elle ne s'occupe pas assez bien de la maison, que c'est son mauvais comportement et qu'elle mérite ce qui lui arrive. »

Med 6 : « Oui c'est souvent comme ça en plus, la personne le pense vraiment. »

Med 5 : « Ben quand moi je le suspectais et que je ne savais pas si derrière il y avait effectivement quelque chose ou pas, j'ai demandé est-ce qu'il y a des soucis avec votre mari ? Est-ce qu'il y a

quelque chose dans votre couple qui ne marche pas ? Elle avait dit non. Mais ce que j'ai proposé par contre c'est de lui donner un nouveau RDV pour revenir en rediscuter avec le généraliste que je remplaçais et j'ai dit au médecin qu'il y a peut-être quelque chose à creuser, donc s'il y a vraiment quelque chose elle aura la possibilité d'en parler. Mais si elle refuse toujours d'en parler alors que tu proposes ton aide, je ne savais pas quoi faire d'autre. »

Med 2 : « Ben t'avais rien d'autre que tu pouvais faire, si c'était pas une personne vulnérable, c'est-à-dire si elle est sous tutelle ou autre ou si elle est mineure, si elle a toutes ses capacités mentales, tu peux pas la forcer quoi. »

Med 1 : « La chose importante en remplacement quand t'as un doute, c'est d'informer le prat' pour que lui essaye de creuser les prochaines consultations et qu'il y pense. »

Med 4 : « Un autre obstacle c'est le mari qui est assis à côté, d'où l'intérêt de redonner un rendez-vous où elle pourrait éventuellement venir seule en choisissant un prétexte autre pour essayer de la refaire venir à un autre moment. »

Med 3 : « Le mari ou l'enfant qui est emmené comme symptôme, ça c'est pfff...

Med 2 : « Ah oui ça ! »

Med 3 : « Ça c'est plus qu'un obstacle oui, comment peut-on parler correctement avec le gamin qui est devant ? Et dire d'emblée est-ce que votre mari vous bat quand le gamin est devant...c'est pas possible quoi...Moi j'ai plus vu l'enfant que le mari avec, ça fait une raison de venir chez le médecin surtout quand ils sont petits, ils sont souvent malades et tout. »

Med 4 : « Peut-être que justement la mère elle consulte pour de la merde avec son enfant parfois pour aller chez le médecin et pour inconsciemment se donner une chance que ça sorte et voilà. »

Med 2 : « Et l'enfant ça peut être un vrai symptôme, lui aussi peut être victime de violences. »

Med 4 : « Ou souffrir des violences de la mère. »

Med 3 : « Moi j'ai l'impression que lorsque les gamins ils sont atteints, ils sont justement pas amenés chez le médecin. Bref en tout cas je sais que s'il y a le gamin je poserai pas la question sauf si c'est un nourrisson. »

Med 6 : « Malheureusement parfois les seules fois où elles consultent c'est pas pour elles, elles viennent pas forcément quand leur enfant va bien. »

Question 6.a) Quels sont vos partenaires dans la prise en charge des femmes victimes de violences ? En connaissez-vous ?

Med 4 : « Le médecin que je remplace. »

Rires de tous

Med 1 : « Psychologue, assistante sociale. »

Med 6 : « CIDFF, le planning familial aussi, pour tous les problèmes sociaux aussi quand on sait pas on peut toujours leur en parler, ils maîtrisent tous les réseaux en fait donc tous les réseaux qu'on connaît pas eux ils les connaissent, ils ont des médecins aussi qui ont l'habitude de parler des choses comme ça. »

Med 2 : « Médecine légale et la police aussi quand elles osent porter plainte. »

Med 6 : « Oui tu l'orientes si elle veut quoi, c'est pas souvent le cas. »

Med 4 : « Ca c'est une question aussi, la femme qui vient en détresse comme ça ou qui s'est fait violer, est-ce que tu la laisses repartir de ton cabinet ? »

Med 2 : « Ben est ce qu'il y a une urgence ? »

Med 4 : « Mais est-ce que c'est pas un peu simple de lui dire d'aller porter plainte et de la laisser partir ? »

Med 3 : « Ah ben c'est la solution de facilité quand tu es mal à l'aise. C'est pour ça que je pense qu'il faut les revoir. Par exemple quand t'es face à un viol (pas la femme qui se fait battre depuis des dizaines d'années) où là je me dis qu'elle soit dans un état comme ça, ça me paraît normal quoi. »

Med 2 : « Et de toute façon dans ce cas-là, tu dois l'envoyer en médecine légale enfin sauf si elle a pas envie »

Med 4 : « Ouais mais ça, ça équivaut à l'envoyer aux urgences mais même pour ça est-ce que tu l'envoies par ses propres moyens ou bien allo le 15 pour un VSL ? »

Med 3 : « Si elle est complètement paniquée et n'arrive plus à rien faire tellement elle est choquée, à mon avis oui je le ferai, au pire ils t'envoient sur les roses. »

Question 6.b) Utilisez-vous des supports lors de ces consultations ?

Med 2 : « Des supports ? »

Med 6 : « Moi non. »

Modérateur : « Par exemple : des brochures, des prospectus. »

Med 2+3+4+5, en même temps : « Non. »

Med 6 : « Des sites internet oui, d'information. Il y en a. Genre stop-violences-femmes.gouv.fr un truc comme ça. »

Med 3 : « Tu vois, j'savais même pas que ça existait. Mais tu ferais ça toi ? »

Med 6 : « Ben si elle est gênée d'en parler, tu peux lui dire : écoutez si vous vous posez des questions vous pouvez m'en parler et si vous ne voulez pas, il existe des sites qui donnent des infos, et rien que là si la femme elle se balade sur des sites comme ça, ben elle se rend compte que non seulement ben non c'est pas normal, que ça peut être grave, que sa situation est la même que beaucoup de gens, que toutes les justifications qu'elle se fait. »

Med 3 lui coupe la parole : « Oui mais moi je trouve que c'est quand même la renvoyer quelque part, même si c'est pas une personne physique. »

Med 2 : « Oui enfin déjà on est tous médecins remplaçants alors je pense qu'on a pas 10 000 prospectus dans notre sacoche. »

Med 5 : « Moi j'étais jamais dans un cabinet où il y avait des prospectus de ce genre pour m'aider. »

Med 4 : « Après il y a moyen d'avoir des favoris, sur internet par exemple, j'ai accès à pas mal de documents comme ça. »

Med 6 : « Après il y a un numéro d'appel pour les violences mais j'arrive jamais à retenir le numéro, ça doit être le 119, à moins que ce soit pour les enfants celui-là, je sais plus. »

Modérateur : « Quelqu'un connaît le numéro ? »

Med 2 : « Mais ça on peut le chercher sur internet. Regarde voilà c'est 3919. »

Med 6 : « J'avais le 19 » Rires.

Modérateur : « Vous connaissez d'autres associations locales où vous pouvez adresser ces femmes ? »

Med 6 : « Non pas vraiment mais je demanderai au planning familial. Ah il n'y a pas SOS femme solidarité ou quelque chose comme ça ? »

Med 2 : « Ah oui. »

Med 3 : « Moi c'est bête je n'en connais pas mais j'ai eu le cas où une femme a du quitter son domicile et où le secours catholique l'aidait un peu mais je ne pense pas que ce soit spécialisé, c'était surtout pour qu'elle ne se retrouve pas à la rue. »

Med 6 : « T'appelles le SAMU social, l'hébergement d'urgence j crois que c'est le 115, mais je ne connais pas la limite de leurs autorisations d'hébergement d'urgence mais je crois que c'est plus des hébergements d'urgence de gens à la rue. »

Med 2 : « Ben il faut appeler l'assistante sociale non ? Elle saura mieux te guider pour ça. »

Med 2 : « J'suis déjà tombée sur des prospectus dans certaines salles d'attente mais j'y pense pas sur le moment en consultation j crois. »

Med 6 : « En même temps on voit pas beaucoup la salle d'attente. »

Rires.

Question 7: Quelles formations avez-vous eu sur les violences conjugales au cours de votre cursus ?

Med 2 : Soupir « Pff aucune. »

Med 3 : « J peux commencer ça va être facile, aucune. »

Med 5 : « Moi non plus. »

Med 6 : « Humm je ne crois pas qu'on ait eu de formation significative. »

Med 4 : « Je crois pas non plus. »

Med 1 : « Ça a du être évoqué dans l'item certificat coups et blessures mais sinon j'vois pas trop. Mais moi dans l'internat dans mon stage de gynéco on nous avait sensibilisé là-dessus et on nous disait de le demander de manière systématique dans l'interrogatoire avec les antécédents, voilà. »

Med 2 : « Peut-être un tout petit peu en médecine légale mais c'est plus maltraitance de l'enfant ou viol. »

Med 5 : « Oui mais viol c'est différent des violences conjugales, il faut savoir faire la distinction et sur les violences conjugales en soit, on a rien eu. »

Med 3 : « Le seul cas de violence conjugale qu'on ait eu c'était à ce fameux examen-là, les TCS-ECOS, on avait un oral et on devait suspecter et faire avouer et moi on m'avait reproché de ne pas y aller franco avec la personne, ça m'avait un peu choqué. Et c'est le seul moment où ça a été évoqué et ce n'était pas un temps de formation mais d'examen, alors bon... »

Modérateur : « Et en dehors de l'internat en fait ? »

Med 3 : « En autodidacte ou bien ? »

Modérateur : « Oui en dehors des cours obligatoires à la fac, en formation continue ou en autoformation. »

Med 3 : « Moi ce que j'ai recherché en autodidacte c'est pour ces histoire de mémoire traumatique. »

Med 4 : « Non, moi plutôt sur le tas. »

Rires.

Med 6 : « Bon moi je fréquente des associations, c'est des thématiques abordées et où ils proposent des formations. C'est des associations où les personnes vont quand elles ne savent plus du tout où aller donc tout ce qui est rare ailleurs est fréquent chez eux quoi... »

Med 1 : « J'ai vu passer un mail sur une formation AJGIR. »

Med 2 : « Ah moi aussi. »

Med 6 : « Ah moi absolument pas. »

Rires.

Med 6 : « J crois qu'il y a même un DU qui existe mais pas chez nous et si c'est genre à Bordeaux c'est un peu compliqué quoi. »

Question 8 : Quelle serait la formation idéale dans ce domaine pour un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge ?

Silence...

Med 6 : « Euhh c'est-à-dire ?? »

Modérateur : « Par exemple : **8.a) À quel moment de votre cursus vous le verriez ?** »

Med 4 : « Moi j' pense le plus tard possible pour qu'on soit déjà dans la pratique quoi parce qu'avoir un cours en amphi sur les violences conjugales... ceux qui voudront devenir ophtalmo ne voudront peut-être pas en entendre parler. Alors que pour les médecins généralistes c'est super important. »

Med 1 : « J' pense au cours de l'internat quand même. »

Med 3 : « Oui mais pas direct en D1. »

Med 6 : « C'est un sujet difficile, il y a une part sociale, il est question de réseaux qui changent tout le temps donc je pense que dans l'idéal, il faudrait former de manière récurrente, le refaire à chaque stade du cursus : en externat, en internat et continuer à la revoir en FMC mais à minima au moins à l'internat c'est là où on est le plus proches de la pratique. »

Med 3 : « Moi j'ferai ça à l'externat. »

Med 5 : « Je suis d'accord avec toi c'est un sujet délicat et on sous-estime le chiffre des femmes battues et de toutes les violences conjugales, plus on le répète dans nos études à plusieurs moments, plus on l'assimile et ça reste ancré et refaire plus tard dans le stage praticien, même si c'est lui qui te donne des conseils personnels. Mais juste le faire une fois, je pense que ça ne serait pas assez. »

Med 6 : « Et moi je me dis, plus on en parle tôt dans le cursus, plus ça va « normaliser » le fait d'en parler en consultation parce que là si les personnes sont mal à l'aise c'est parce que pour nous c'est délicat, au final parce que c'est inhabituel mais comme ça devait être délicat et inhabituel il y a 40 ans de parler de la vie sexuelle des gens, de l'alcoolisme ou de l'homosexualité. »

Med 3 : « Mais parfois t'es aussi mal à l'aise car si elle dit oui tu ne saurais pas quoi en faire, un trouble sexuel tu sais que derrière tu peux bricoler un truc. »

Med 4 : « Après il y a aussi la question : formation plutôt pratique ou théorique. »

Modérateur : « Justement, on va dévier là-dessus : **8 b) Quel contenu : théorique / pratique ?**

Med 4 : « Justement, plutôt qu'un cours magistral où le prof explique qu'il faut dépister comme ça etc, simplement tu disais que les associations c'est là où les gens vont quand ils ne savent plus où aller et que du coup ce qui est rare chez le médecin généraliste c'est courant chez eux, ben il faut peut-être justement, plutôt qu'un cours répété, aller un à deux jours voire une semaine dans une association comme ça, où on serait confrontés à cette situation à longueur de journée, c'est probablement encore plus formateur. »

Med 3 : « C'est marrant ce que tu dis parce que justement moi je l'ai eu pour l'annonce d'une maladie grave, on a eu par exemple des mères de famille où l'enfant est trisomique etc et on avait une formation par immersion comme ça. »

Med 4 : « D'un côté c'est peut-être utiliser les gens comme cobaye mais d'un autre côté c'est un des meilleurs moyens d'apprendre. Etre confronté à des vrais gens avec de vrais problèmes qui vivent réellement cette situation. »

Med 5 : « Tout à fait mais alors plutôt en fin de cursus quand t'as choisi ta spécialité en tant que généraliste et si tu fais trop tôt je pense qu'il y a des gens qui ne seraient pas assez matures. »

Med 1 : « Il faudrait différents types de formations : sur le terrain, de manière textuelle et des jeux de rôles aussi. »

Modérateur : « Donc pour en revenir à la question, vous mettriez du théorique, de la pratique ? »

Med 4 : « Ben c'est sûr qu'il faut des bases théoriques mais ce qui va faire qu'on va retenir et bien agir par la suite c'est la pratique. »

Med 6 : « J'crois qu'il faut du théorique pour tout ce qui est de l'ordre du réseau. Une base théorique qui se conserve, qui se garde et puis après pour tout ce qui est communicationnel c'est surtout la pratique qu'il faut, en stage réel ou ce qui se fait de plus en plus c'est de la simulation avec des jeux de rôle. »

Med 3 : « Oui par exemple un jeu de rôle filmé, comme les chirurgiens font pour l'annonce d'une maladie grave et après on regarde les réactions. »

Med 6 : « Oui des mises en situation en fait, du point de vue pratique parce que c'est difficile, si ça reste théorique ça passe pas, il faut que les gens transfèrent les connaissances donc qu'ils mettent en pratique ce qu'ils ont appris. Par exemple sur 2 heures, genre une demie heure de théorie puis passage à de la pratique. »

Med 3 : « Moi ce que je trouverais bien c'est de se filmer et remonter le film derrière. »

Med 1 : « Et tu peux même te corriger toi-même, dire ah mince j'aurais pas du dire les choses comme ça. »

Med 4 : « Moi j'ai fait ça un jour en SASPAS, le médecin a mis une caméra à l'arrière du cabinet, dos au patient. J'avais d'abord expliqué au patient et s'il était d'accord, il filmait. Ça mettait la pression mais après on débriefait avec mon prat' et c'était intéressant. Après je reste assez convaincu qu'on apprendrait beaucoup plus en pratique « réelle » au contact de vraies personnes qui ont de vrais problèmes qu'avec des acteurs. »

Med 6 : « Bien-sûr mais le problème c'est la faisabilité, on ne peut pas tous passer en stage réel, regarde on est 130 au moins par promo. »

Med 5 : « Oui mais t'aurais 3 ans pour le faire. »

Med 6 : « Oui mais même si t'en met 6 à la fois sur un terrain donné, il y a combien de terrain de stage qui y sont confrontés assez fréquemment ? »

Med 3 : « C'est sûr que les formations ne seront pas égales mais c'est possible. Regarde les différents stages de médecine générale c'est pas du tout équivalent ni de qualité égale ce qu'on apprend. »

Med 6 : Rires « L'idéal c'est qu'on fasse tous 6 mois dans une association où il y a des médecins et on va être rodés ! »

Med 4 : « Oui mais regarde pas 6 mois mais par exemple une semaine, ça serait possible. Moi en D3 j'étais en médecine interne et on m'a envoyé une semaine faire des vaccinations dans un centre de vaccination et même en une semaine t'apprends plein de choses et tu t'en souviens. »

Modérateur : « On va parler de la durée de la formation : **8.c) quelle serait la durée de cette formation ?** »

Med 3 : « Ça dépend si c'est en internat ou post-internat. »

Med 1 : « En fait comme on disait il faudrait qu'il y ait plusieurs formations. Donc c'est délicat de dire une durée s'il y en a plusieurs. »

Modérateur : « Oui mais vous pouvez dire un exemple, même si c'est en plusieurs fois. »

Med 2 : « Si aujourd'hui je devais me former, 2-3 jours ça me suffirait mais effectivement avec une base de théorique puis faire beaucoup de pratique sur le terrain. »

Med 4 : « Tu disais qu'il y avait des médecins dans les associations, regarde par exemple, il prend 2-3 jours tous les internes qui passent en stage de médecine générale et leur fait la ½ journée de formation théorique puis après les forment en pratique. »

Med 2 : « Oui comme le stage à la sécu là. Avec d'abord les cours théoriques puis une journée à être avec le médecin de la sécu. »

Med 6 : « Oui mais figure toi que moi j'avais demandé pour faire un stage en association mais on m'a répondu que c'est pas un terrain de stage. »

Med 4 : « Oui mais j'te parle pas de 6 mois là-bas. Ça pourrait être la même chose que le stage CPAM, pendant le stage de médecine générale faire 2-3 jours dans une association. Si les associations étaient d'accord justement pour jouer le jeu. »

Med 3 : « Oui mais encore faut-il qu'un médecin de l'association veuille jouer le jeu puis après il fait le payer, j'sais pas comment ça pourrait se passer. »

Med 6 : « Oui mais tu te rends compte, ça veut dire que toutes les semaines une nouvelle personne débarque dans l'association, qui est là pour regarder ce que fait le médecin. »

Modérateur : « Ensuite on va parler des méthodes de formation : **8.d) Quelles méthodes de formation faudrait-il utiliser ?** »

Med 6 : « Oui on vient d'en parler là, beaucoup de pratique, un peu de théorique. »

Modérateur : « Et dans la pratique qu'est-ce qu'il pourrait y avoir ? Qu'est-ce que vous mettriez ? »

Med 4 : « Dans la pratique, dans une association ou en simulé être assis face au patient avec le médecin qui s'y connaît et suivre son interrogatoire et pourquoi pas à la fin de la formation le faire soi-même, c'est pour cela que c'est intéressant de le faire encore pendant l'internat parce qu'on

est encore un peu chapoté. J'sais pas si ça serait pareil maintenant est-ce qu'on pourrait encore suivre une consult' à côté d'un autre médecin ?...»

Med 2 : « Moi ce que j'aurais aimé c'est recevoir une formation sur le terrain mais pas que par un médecin, par exemple aussi par les acteurs sociaux qui nous diraient comment procéder. »

Med 6 : « Moi perso, c'est pas mon truc mais je sais qu'il y a des médecins qui aiment les groupes d'échange entre pairs des trucs comme ça. Mais je sais pas si j'y participerais. Je sais qu'il y a des gens qui aiment beaucoup ça, d'échanger avec les autres.

Les jeux de rôles je trouve ça bien mais il ne faudrait pas que ce soit un médecin en face qui joue le patient car le médecin est probablement la personne la plus mal placée pour jouer un patient, il y a des biais énormes.

Le e-learning je pense que pour cette problématique c'est pas du tout adapté. Ou juste pour un mini-point sur les réseaux et des vidéos mais même les vidéos juste regardées comme ça je sais pas si c'est adapté, c'est trop distant pour cette problématique-là. Les gens ont trop de questions en fait. »

Med 4 : « C'est la différence entre le savoir et le savoir-être, effectivement pour la théorie pourquoi pas le e-learning mais ça ne marcherait pas pour le savoir-être qui se fera forcément par rapports directs. »

Question 9: Comment pourrait-on intéresser les médecins qui ne se sentent pas trop concernés par cette thématique et les amener à participer à une formation ?

Med 1 : « Ben peut-être déjà commencer par leur dire les chiffres, toutes les situations où on peut passer à côté, les sensibiliser sur le fait qu'ils ont pu passer à côté plusieurs fois. »

Med 3 : « J'suis d'accord, il faut leur montrer l'intérêt, leur dire que c'est pas juste quelque chose de vaguement psychologisant, que c'est pas juste le dernier magazine à la mode, leur montrer les chiffres et que le fait d'en parler peut amener à une prise en charge, peut amener à quelque chose. »

Med 6 : « Surtout que les préjugés dans ce domaine sont importants, par exemple les gens qui croient que ça arrive que chez les cas soc' alors que les statistiques montrent que c'est dans toutes les catégories socio-professionnelles. »

Med 4 : « Ce qui pourrait vraiment sensibiliser ces gens c'est leur montrer une situation où ils se sont fait avoir, où ils sont passés à côté. »

Med 6 : « Si t'étais capable de dire à un médecin installé alors dans votre territoire il y a tant de personnes qui ont été victimes de violences, la personne peut pas dire ah ben non moi j'ai que ceux qui vont bien. Donc forcément il faut concerner la personne. »

Med 4 : « Un moyen aussi serait d'impliquer le médecin traitant dans une situation qu'il a raté, pour une raison ou une autre, la patiente porte plainte, s'arranger pour qu'il y ait un retour au médecin traitant. »

Med 3 : « Ça me paraît compliqué, si tu veux former des médecins traitants pour qu'ils aient un retour du côté judiciaire, par quel moyen ? »

Med 4 : « Ben s'ils envoyaient un courrier au médecin traitant lorsqu'une procédure judiciaire est en cours. Il remarquerait qu'il a raté quelque chose et serait peut-être plus attentif par la suite. »

Med 5 : « Peut-être envoyer des invitations personnelles à une formation. Ça pourrait peut-être être un début. De toute façon si t'es un bon généraliste impliqué, tu vas suivre les formations où tu sens avoir des lacunes, non ? »

Modérateur : « Alors justement par rapport à ces formations en fait, il y a souvent des jeunes médecins en quête de formation ou bien ceux qui sont déjà intéressés par le sujet, qui ont déjà été à ce genre de formations mais au milieu il y a un fossé, la majorité n'est pas intéressée. »

Med 3 : « Après moi j viens de penser à quelque chose, est-ce que c'est pas déjà la majorité qui ne viennent pas aux formations quel que soit le sujet ? En se disant : moi j fais mon petit truc dans mon coin pour avoir mes points de formation. »

Med 2 : « Peut-être qu'il faudrait proposer un bon buffet ! Rires. Ou alors mettre un sujet qui intéresse beaucoup de monde et puis faire cette formation après. »

Med 6 : Rires. « C'est un peu traître quand même. »

Rire général.

Med 6 : « Ou bien donner une thématique large par exemple connaître tous les réseaux dans votre environnement. Tu donnes les contacts aux gens pour tous les problèmes psycho-sociaux. »

Med 4 : « Tu sais que ça pourrait être énorme, tu envoies un faux patient pour simuler une consultation pour une violence conjugale et tu regardes la réaction des médecins, comme technique d'hameçonnage c'est peut-être pas si bête. »

Med 6 : « Il faut une volontaire du coup qui va faire tous les cabinets d'Alsace. » Rires.

Med 4 : « Il y en a qui ont fait ça pour voir si les médecins prescrivent un anti dépresseur ou un somnifère. Il y en a un qui a fait une thèse comme ça, qui a démontré que les médecins qui prennent des somnifères prescrivent 35 fois plus de somnifères. »

Med 4 : « Vous avez vu passer les pub' suisses pour la sécurité routière ? C'est des trucs chocs, on pourrait faire un scénario comme ça, tourner un petit clip vidéo qui finit de manière choc. »

Med 6 : « Des campagnes pour faire comprendre au médecin généraliste que c'est aussi leur boulot d'y penser, ça déjà ça serait bien car il y en a beaucoup qui font oh mon travail c'est le somatique. »

Med 3 : « Ou bien une campagne, violences conjugales, parlez-en à votre médecin. Et leur proposer une formation, tu peux faire ça comme ça aussi.»

Med 5 : « Est-ce que la question a déjà été posée à ceux qui vont pas aux formations pourquoi ils vont pas ? »

Med 2 : « Mais est-ce que c'est spécifique à cette formation ? C'est peut-être comme ça pour toutes les formations, non ? Que ceux qui ressentent le besoin de se former ce sont les jeunes et les gens qui sont toujours au taquet. »

Med 3 : « Si on prend en exemple les médecins que je remplace je les vois pas aller en formation, à part une peut-être. »

Med 5 : « En Allemagne, les formations c'est obligatoire, t'as des points de crédit pour les articles genre quand t'es inscrit à une revue mais il faut aussi des points de formations où tu vas dans une journée de formation. Ma mère elle est généraliste en Allemagne et à 60 ans elle va encore à des journées de formation. »

Med 4 : « Pour toucher cette population, je pense quand même que ce serait efficace, même si c'est compliqué, si on impliquait le médecin traitant dans les procédures judiciaires de violences conjugales, si à un moment il y avait une lettre qui expliquait au médecin qu'une de ses patientes a lancé une procédure pour des violences, bien-sûr sans lui dire : « Ah tu l'as pas vu hein ? », mais ça lui donnerait peut-être envie de ne pas passer à côté de la suivante. »

Annexe 10 : Tableau de classement des grands thèmes, catégories et occurrences UMS

La consultation pour violences conjugales : une consultation singulière

Grand thème	Catégories	UMS
Motif de la consultation	Le motif n'a souvent aucun lien avec les VC 11	-La patiente venait pour tout à fait autre chose 5 -Une plainte somatique 3 -De multiples consultations avec leurs enfants/ les enfants comme motif de consultation 3
	Certaines parlent spontanément des VC ou viennent d'emblée pour un certificat de coups et blessures 13	-D'emblée une demande de certificat de coups et blessures (parfois à un autre médecin) 5 -Dans une démarche de porter plainte 2 -Certaines le disent spontanément / vident leur sac / déballet 6
	La reconnaissance de signaux d'alerte par le médecin : 2 Signes physiques 8 Souffrance psychologique 12	-Présence de signaux d'alarme propres à chacun 2 -Des hématomes / ecchymoses / cocards 4 -Des coups / physique 3 -Le nez cassé 1 -Elle répète que ça ne va pas / souffrance psychologique 2 -Elle ramène très souvent ses enfants 3 -La façon de parler qu'à le mari avec sa femme 2 -Dépression / alcool / abus médicamenteux 2 -Suspicion sans trace physique/ atmosphère particulière / il faut creuser 3
Difficultés rencontrées par le médecin	Ils se sentent mal à l'aise 43	-Silence des participants avant de prendre la parole/ Se regardent 3 -Mal à l'aise 15 -Délicat / Difficile / Complicé/ Pas évident 8 -Largué / Démuni 4 -Déstabilisant 2 -Inhabituel 2 -Gênant 1 -Pas bien préparé à ces consultations 4 -Déminer une bombe 1 -Risque d'être maladroit 3
	Ils n'osent pas poser cette question taboue et ignorent comment l'aborder 31	-Comment aborder le sujet ? 5 -Comment l'intégrer dans la démarche ? 2 -Hésiter entre poser directement la question ou être plus subtile 3 -Parler de soucis à la maison 2 -Sujet considéré comme tabou / fait partie de sa vie intime 5 -Risque de se tromper 2 -La victime n'a pas envie d'en parler 5 -Risque d'être maladroit 3 -Etre stressé de poser cette question 1

	-Question taboue même pour les médecins confirmés / Inhabituel 3
Ils appréhendent la réaction de la patiente 17	-Peur d'offusquer la patiente / choquer 2 -On ose pas trop creuser car on ne sait pas comment elle va le prendre 6 -Elle sent le médecin trop intrusif 2 -Peur de l'énervier avec ces questions 2 -L'impression de subir un interrogatoire policier 3 -Elle peut se braquer 2
Ils ignorent jusqu'où va leur rôle et jusqu'où s'en mêler 15	-Jusqu'où va notre rôle et jusqu'où s'en mêler 3 -Limite floue 2 -Cela fait partie de sa vie intime 3 -Difficile de trouver la bonne place / Garder les liens 3 -Je suis qui pour l'obliger à en parler ? 3 -S'occuper de l'enfant donc ne pas approfondir la discussion avec la mère 1
Certaines situations peuvent atteindre les limites du secret médical 6	-La victime n'est pas une personne vulnérable, a toutes ses capacités mentales 2 -Impossible de la forcer à porter plainte / Pas possibilité de signaler / Violation du secret médical 3 -Impossible d'en parler au mari à cause du secret médical 1
Le médecin peut avoir un sentiment d'impuissance 16	-Se sentir impuissant 3 -A quoi je sers ? 3 -Rien ne bouge / Elles restent en couple, dans la même situation, ne se séparent pas 4 -Ignorance de ce qu'on peut faire de plus 1 -Ambivalence de la femme : On propose de l'aide/des solutions mais elle refuse 5
Ils veulent éviter de brusquer la victime 10	-Eviter de brusquer la patiente car elle peut se refermer/ Être trop intrusif peut la faire se braquer 3 -La laisser avancer / cheminer et être disponible 2 -Dire subtilement que son histoire n'est pas cohérente / Éviter de dire qu'elle « ment » 2 -Perte de la relation de confiance avec la patiente si on est trop abrupte 3
Ce sont des consultations qui prennent beaucoup de temps / ils peuvent ressentir une impatience 21	-On obtient rarement un résultat favorable rapidement / Processus très long 6 -Consultations qui prennent beaucoup de temps / Disponibilité / Temps à consacrer à la patiente 6 -Ras le bol / Écouter toujours les mêmes plaintes sans aucune avancée 2 -Une certaine impatience 3 -Difficile de tout gérer en une consultation 1 -Salle d'attente pleine 3
Certains ne savent pas vraiment quoi faire si elle répond que oui elle a subi des violences 9	-Comment la prendre en charge si elle me dit que oui elle est victime de VC ? 4 -Ne pas se sentir compétent à 100% 2 -Un sujet qu'on connaît moins bien nous mettra forcément moins à l'aise 3
Parfois, le doute peut s'installer 3	-Parfois il y a une mésentente, des accusations sans fondements 2 -Chacun raconte l'histoire de son point de vue / difficile de faire la part des choses 1
Certains ont des préjugés sur les victimes et les auteurs de violences 10	-Des couples avec des soucis d'alcool / d'abus de médicaments 2 -Des problèmes d'argent dans le couple/chômage 2 -Niveau socio-culturel bas 2 -Couples de certaines cultures 4
Il est difficile de gérer la consultation lorsque le mari	-Le mari qui l'accompagne toujours dans le bureau 5 -Le mari traducteur 3

	ou les enfants sont présents 11	-Impossible de parler devant ses enfants (excepté les nourrissons) 3
	La place du médecin de famille est délicate 21	-Difficulté quand le mari est lui-même un patient / Difficulté de soigner le mari quand on sait 4 -Ne pas pouvoir lui en parler / Secret professionnel 3 -Auteurs parfois en souffrance aussi 2 -Comment réagir en tant que médecin traitant du couple, de la famille ? 2 -Ne pas prendre parti 4 -Cas de conscience / On les voit encore ensemble 3 -Perte d'un membre du couple voire des 2 sur le long terme malgré bonne prise en charge / Médecin comme symbole du conflit 3
	Possibilité de passer à côté par absence (ou manque) de formation au dépistage de ces violences 12	-Une formation nous sensibiliserait et peut-être nous dépisterions plus 2 -Passer à côté / Très peu y penser en première intention 6 -Inconsciemment, ne pas insister 2 -Le fait de le demander à tout le monde rendrait peut-être la question plus simple à poser 2
	Peur de perdre la relation de confiance avec la patiente 3	-Garder les liens qu'on a avec elle 1 -Préserver le lien de confiance 2
Rôle du médecin	Ecoute attentive / Empathie / Compassion 10	-Etre à l'écoute avant de proposer des solutions 7 -Empathie et compassion 3
	Donner des informations / Dire que ce n'est pas normal 22	-Donner des informations 5 -Lorsqu'il existe une routine de violence : rôle du médecin de lui dire que ce n'est pas normal / Ne pas laisser la patiente intégrer comme normale la situation qu'elle vit, lui dire que c'est grave 7 -Informé sur la notion de viol conjugal 1 -Proposer de consulter des sites internet si patiente pas prête à en parler en consultation 1 -Conseiller de porter plainte sans forcer 2 -Lui apporter des réponses 4 -Affiches dans la salle d'attente 2
	Proposer un soutien / un RDV de suivi 17	-Proposer un RDV de suivi rapide 7 -La reconvoquer seule 4 -Laisser assimiler les informations et la revoir 2 -Va-t-elle venir à son rdv de suivi ? / Impulsion 1 -La laisser avancer à son rythme et être disponible pour elle 3
	Eviter le jugement 11	-Je suis qui pour juger ? 2 -Eviter de prendre parti ou de juger 3 -Difficile de ne pas donner son avis 5 -Rester professionnel et mettre de la distance 1
	Toute plainte pour viol doit être prise en considération 4	-A partir du moment où la patiente le mentionne, prendre en compte comme un viol jusqu'à preuve du contraire 2 -Pas au médecin généraliste de juger ce qui est viol de ce qui ne l'est pas 1 Montrer à la patiente qu'on la prend au sérieux 1
Différents types de VC		-Physiques 32 -Psychologiques/ Verbales 26 -Sexuelles / Viol 21 -Economiques / Administratives 7
Attitude des femmes victimes de VC	Elles minimisent 10	-Elles minimisent 3 -Elles trouvent des prétextes / des justifications / c'est elle qui l'a énervé 6 -Violences ou juste pas sympa ? 1

	Elles ne savent plus ce qui est normal 8	-Une routine de violence s'est installée : rôle du médecin de lui dire que ce n'est pas normal 3 -Elles ignorent les limites car violences fréquentes et récurrentes 3 -Elles ignorent ce qui est grave 1 -Est contrainte d'avoir des rapports sexuels non consentis par son mari / Ignorance de l'existence du viol conjugal 1
	Certaines font preuve d'ambivalence 3	-On lui propose des solutions mais elle va dire non 2 -Elle part dans tous les sens et toi tu dois réussir à l'aider 1
	Déterminants culturels / Certaines ont l'habitude de subir des violences dans les mœurs 13	-A force de subir des violences, cela devient normal pour elles 4 -Culturellement elles se font taper dessus dans toutes leurs relations 4 -Pays arabes, turcs 4 -Parfois ce sont leurs grands enfants qui leur expliquent que ce n'est pas normal 1
	Elles sont souvent sous emprise 6	-Elles manquent de confiance en elles 1 -Elles n'arrivent plus à réfléchir par elles-mêmes 2 -Difficulté pour prendre des décisions 1 -Elles sont sous emprise 2
	D'autres se terrent dans le silence 5	-Elle ne voulait pas en parler, restait complètement silencieuse 3 -Une fois qu'elle répond non, difficile de reposer la question 2
Attentes de la victime	Le médecin doit cerner les attentes de la victime 18	-Savoir ce que la patiente attend de toi 5 -Cerner les attentes exactes de la patiente 9 -On a envie de les aider mais parfois ce n'est pas ce qu'elles attendent 4
	Parfois elles désirent seulement une écoute attentive 9	-Surtout besoin d'une écoute 6 -Parfois elles profitent qu'il s'agisse du remplaçant qui ne connaît pas la famille 2 -Comme si elle déposait ses valises 1
	Pour elles, en parler est le début du processus de guérison 2	-En parler peut avoir un côté libérateur 1 -En parler c'est déjà un début 1
	Elles ont des enfants à protéger 10	-L'enfant peut aussi être victime de violences 2 -L'enfant peut souffrir de la situation 2 -L'enfant emmené comme symptôme 3 -Souvent lorsqu'elles parlent c'est qu'elles comment à avoir peur pour leurs enfants 3
	Certaines veulent porter plainte 11	-Caractériser niveau des lois et des droits 5 -Parfois elle est déjà dans l'optique de porter plainte 3 -Tu l'orientes si elle est d'accord 3
	D'autres ne sont pas du tout dans l'optique d'entamer une procédure 12	-Ça n'aboutit à rien de concret car elle n'est pas dans la demande d'entamer une procédure 5 -Elle n'ose pas porter plainte contre son mari 3 -Les couples ne se séparent pas forcément 4
Les femmes victimes ne parlent pas / partent pas	Peur des représailles 4	-Il faut pouvoir les protéger après car elles ont peur des représailles 3 -90% des victimes ont peur des représailles 1
	Peur de la précarité 7	-Peur de la pauvreté qui en résulte 1 -La précarité 2 -Financièrement, les enfants, le logement 4
	Se sentent prises au piège / l'emprise 8	-Elles se sentent prises au piège 2 -C'est ça qui rend l'homme fort, il a une emprise, la femme pense qu'elle ne peut pas partir 3 -Elles sont de toute manière tenues par quelque chose 1

	-Elles n'arrivent plus à réfléchir par elles-mêmes 2
Mauvaise expérience à la Police ou Gendarmerie 3	-Plainte pour viol irrecevable car elle a accepté qu'il soit son petit-ami et l'a fait rentrer chez elle 1 -Mauvais souvenir / s'être mal fait recevoir 2
Porter plainte = risque encouru de se prendre encore plus de coups 6	-Est-ce qu'elle va pas s'en prendre encore plus s'il apprend qu'elle en a parlé ? 3 -J'avais un peu peur pour elle 1 -On peut déclencher un tsunami 1 -Peut-être ce qui nous amène parfois à taire ça 1

Connaissance et formation sur le sujet

Grand thème	Catégorie	UMS
Manque de connaissance et de formation sur le sujet	Beaucoup n'ont eu aucune formation sur ce sujet durant leur cursus 24	-On n'est pas assez formé sur ce sujet 3 -On a eu aucune formation 18 -Je ne connais pas la procédure à suivre 2 -Pas de discours type 1
	Méconnaissance des réseaux et supports 29	-Ne pas savoir quoi faire si elle dit avoir subi des violences 4 -On ne sait pas par où commencer 2 -On n'est pas trop souvent confronté à ça donc on a pas notre réseau 5 -Méconnaissance du réseau / des adresses 9 -Je n'ai pas trop de partenaires 6 -Quels supports ? 3
	Sous-estimation de la prévalence 12	-Je pense qu'on sous-estime 6 -C'est sûrement pour ça qu'on en loupe beaucoup 3 -C'est pas si fréquent que ça 3
Connaissance de quelques réseaux ou numéros d'appel	Associations 18	-SOS femme solidarité 4 / Foyer Flora Tristan 2 CIDFF 2 -Planning familial 5 -Secours catholique 1 -La grande écluse 2 -Femmes de paroles 2
	Personnes physiques 13	-Assistante sociale 8 -Psychologue 3 -Avocat 2
	Sites internet 7	- stop-violences-femmes.gouv.fr 5 -avoir des favoris sur internet 2
	Numéros d'appel gratuit 11	-3919 (ou au moins savent qu'il y a un numéro mais oubli duquel) 8 -115 / SAMU social 3
	Forces de l'ordre 8	-Police 6 -Gendarmerie 2
	Supports/ Prospectus 4	-Supports / Prospectus 4
	Hôpital 7	-Service gynéco 2 -Médecine légale 3 -Service d'urgence 2
Participation à certaines formations	FO par le DMG 6	-Formation aux internes proposée par le DMG qui regroupe violences faites aux femmes et maltraitance envers les enfants 5 -Points formation 1
	DU 1	-DU qui existe mais loin 1
	AGJIR 6	-Formation proposée par des associations 2

		-Formation AGJIR 4
	En autodidacte 3	-J'ai fait des recherches en autodidacte pour une histoire de mémoire traumatique 1 -Sites internet visités en autodidacte 2
	Ces nouvelles formations n'existaient pas à l'époque 5	-Cela n'existait pas à mon époque 3 -Moi non plus je n'ai pas eu de mail ou d'invitation à de telles formations 2
Formation « sur le tas »	14	-On l'apprend « sur le tas » en passant par certains stages 5 -Sensibilisé lors du stage de gynéco 2 -Formation « sur le tas » diffère selon les stages 4 -Pas de discours type 1 -Tout ce que je dis à la patiente, je l'ai pas appris, c'est mon ressenti 2
Items ECN qui l'évoquaient sans	7	-Ça a dû être évoqué dans le cours certificat coups et blessures 2 -En médecine légale avec la maltraitance aux enfants ou le viol 5
Volonté d'avoir de meilleures connaissances pour se sentir plus à l'aise	Bénéfices d'une formation 6	-Etre sensibilisé 2 -Se sentir plus à l'aise, plus en confiance 2 -Si tu connais bien une pathologie, t'arrives mieux à la prendre en charge 2
	Connaître le réseau d'aide spécialisé 15	-Connaître les partenaires sociaux du secteur 2 -Agents locaux à qui tu peux adresser 6 -Ne pas être sans réponse 3 -Affiches en salle d'attente / Flyers 4
	Côté psychologique / Savoir- être 15	-Façon d'être avec le patient / Savoir-être 9 -Comment s'adresser à elle 3 -Dialogue avec beaucoup plus de psychologie 3
Envoyer aux réseaux : déléguer le problème ?	8	-N'est-ce pas déléguer d'adresser vers une association / leur refiler le bébé 5 -Tu ne peux pas tout faire tout seul 3
Le certificat médical initial de coups et blessures	Modalités de rédaction / Pièce juridique 14	-Il y a une partie médicale relativement dans nos cordes / descriptif / objectif 5 -Remettre un certificat au cas où elle change d'avis 2 Une pièce juridique 2 -Tu engages ta responsabilité 2 Bien noter constatations dans dossier 3
	Difficulté à gérer ce certificat 9	-Je ne sais pas trop gérer les certificats 1 -Les modalités de rédaction 2 -Aux urgences, on n'en faisait jamais il fallait envoyer en médecine légale 2 -Viol envoyé en médecine légale 2 Détermination de l'ITT 2
	Soucis concernant le paiement du certificat / Ignorance de la cotation 6	-Ignorance de la cotation et donc du tarif du certificat 3 -Une consultation, non ? 2 -Certains demandent 90€ 1
	Valeur du certificat ? 7	-La victime m'a dit que ça sert à rien 2 -La situation ne change pas 2 -Fixer les limites à l'homme avec la plainte 1 -Il y a systématiquement une convocation s'il y a une plainte où on rappelle à l'auteur ce qu'il risque 2

Le dépistage des violences conjugales

Grand thème	Catégorie	UMS
Sur signes d'appel	Les participants dépistent le plus souvent sur signes d'appel 20	-Moi, c'est vraiment sur signes d'appel 7 -Dans certains contextes 4 -Une situation qui s'y prête 3 -Il faut quelque chose sur quoi s'appuyer / Un support 6
	Signes physiques 17	-Les marques physiques 3 -Cocards 5 -Un nez cassé 2 -Les bleus / hématomes / ecchymoses 7
	Signes psychologiques 21	-Les femmes angoissées, dépressives 8 -Les problèmes d'insomnie 2 -Les symptômes fonctionnels récurrents 1 -Les multi-plaintives 1 -Les soucis d'alcool ou abus de médicaments 5 -Des disputes violentes rapportées 2 -Elle n'est pas comme d'habitude, quelque chose ne va pas 2
	Information d'une tierce personne 5	-L'infirmière m'avait dit que les pompiers suspectaient déjà des VC / Police sur place 2 -Des disputes violentes rapportées par des proches / Quelque chose qui va pas à la maison 3
Dépistage systématique	Certains ont essayé le dépistage systématique 5	-En stage de gynéco : question systématique avec les antécédents « Avez-vous déjà été victime de violences ? » 4 -Maison de santé d'Haute-pierre 1
	Arguments contre le dépistage systématique 15	-Sujet tabou / n'a pas vraiment sa place dans les antécédents 3 -Clairement je ne me vois pas le faire systématiquement, ce serait vraiment difficile 8 -On ne peut pas faire un dépistage tout azimut 2 -D'abord c'est elle qui parle et on la questionne ensuite 2
	Le dépistage systématique rendrait peut-être la question moins taboue 3	-Le fait de le demander à tout le monde rendrait peut-être la question plus simple à poser 3
	L'appréhension de la réaction de la patiente 17	-Peur d'offusquer la patiente / choquer 2 -On ose pas trop creuser car on ne sait pas comment elle va le prendre 6 -Elle sent le médecin trop intrusif 2 -Peur de l'énervier avec ces questions 2 -L'impression de subir un interrogatoire policier 3 -Elle peut se braquer 2
	Comment dépister de manière systématique ? 7	-Systématique c'est la patiente tu la vois pour n'importe quoi et tu lui demandes si elle a subi des violences 2 - (en parlant de la HAS qui conseille le dépistage systématique) Ils nous disent comment le faire ? 3 / Ou ils veulent juste qu'on le fasse et qu'on se débrouille ? 2
	En l'absence de dépistage systématique, il existe un risque de passer à côté 3	-Occasion manquée si on ne la saisit pas à ce moment-là 1 -Je ne dépiste pas de manière systématique mais je me dis que je passe sûrement à côté 2

	Dépister est une bonne chose mais que fait-on après ? 4	-Comment la prendre en charge si le dépistage est positif ? 2 -Quels moyens met en place l'HAS ? Si on dépiste, qu'est-ce qu'on propose après parce que juste dépister pour dépister... 2
--	---	--

Avis quant à la création d'une formation « idéale »

Grand thème	Catégorie	UMS
Moment idéal pour cette formation	Externat 12	-Il faudrait déjà commencer à l'externat 2 -Ça ne collerait pas avec un cours en amphithéâtre 3 -Ceux qui feront une autre spécialité ne voudraient peut-être pas en entendre parler 1 -Pas directement en D 1 1 -Plus on en parle tôt, plus ça va normaliser le fait d'en parler 3 -En parler un peu au sein du module de psychiatrie ou de médecine légale 2
	Internat 17	-Il faut qu'on soit déjà dans la pratique / l'expérience du terrain donc pendant l'internat, pas avant 8 -Pendant le stage prat' de MG, pas avant 4 -Plutôt en fin de cursus sinon pas assez mature 5
	FMC 7	-Proposer une FMC pour les médecins déjà installés 7
	De façon répétée 6	-Dans l'idéal, il faudrait former de manière récurrente, le refaire à chaque stade du cursus : externat, internat et FMC 4 -Plus on le répète, plus on l'assimile et ça reste ancré 2
Durée de la formation		-2 heures pour la FMC ou une demie journée 2 -Une journée pour les internes / Environ 6h 6 -2-3 jours 1 -En plusieurs fois 3
Forme de la formation	Jeux de rôles 15	-Simulation en situation réelle par des jeux de rôle 6 -Tu peux même te filmer et te corriger après en regardant / Debriefing 6 -Savoir-être, verbal et attitude extra-verbale 2 -Médecin le plus mal placé pour jouer un patient / biais énormes 1
	Immersion dans une association 26	-Aller quelques jours dans une association 7 -Plus formateur d'être en condition réelle sur le terrain 2 -Etre confronté à de vraies personnes qui ont des vrais problèmes 2 -Problème de faisabilité 5 -Formations pas égales mais c'est pareil pour le stage prat' de MG 2 -Si tous les internes qui passent en stage chez le prat' passent 1 à 2 journées dans une association, ça serait possible, comme le stage à la Sécu 4 -Si les associations sont prêtes à jouer le jeu 2 -Intéressant pendant l'internat car on est encore un peu chapoté 2

	Groupe d'échange entre pairs 2	-Je sais qu'il y a des médecins qui aiment les groupes d'échanges entre pairs 2
	E-learning 2	-Le e-learning n'est pas adapté pour cette problématique sauf pour faire un point sur les réseaux 1 -Les vidéos en ligne ne sont pas trop adapté 1
	Flyers 2	-Nous donner des flyers sur les VC, qu'on puisse donner aux patientes 2
	Différents moyens à coupler 3	-Un peu de théorique, beaucoup de pratique avec jeux de rôle et au mieux en situation réelle dans les associations 3
Contenu de la formation	Un peu de théorie condensée puis privilégier la pratique 25	-Des bases théoriques et après les mettre en pratique / mise en situation réelle 9 -Tout ce qui est communicationnel c'est de l'ordre de la pratique 3 -Prendre au moins 2/3 du temps pour la pratique 3 -Formation sur le terrain 4 -C'est comme ça qu'on apprend le mieux et qu'on retient, en le faisant soi-même 5 -Plus efficace qu'un cours magistral 1
	Connaître les réseaux locaux 12	-Il faut connaître le réseau local d'aide 4 -Il faut savoir où les adresser 8
	Clés pour savoir communiquer avec la victime 5	-Il faut savoir comment communiquer avec la victime 2 -Différence entre le savoir et le savoir-être / Ne s'apprend qu'avec des rapports directs 3
	Faire le lien avec d'autres thèmes similaires 2	-Une partie sur les enfants maltraités et une sur les VC 1 -Connaître tous les réseaux dans mon environnement 1
Moyens d'impliquer les MG à suivre cette formation	Leur donner les chiffres et gommer les préjugés 17	-Leur donner les chiffres 7 -Les sensibiliser sur le fait que c'est assez fréquent et qu'ils ont pu passer à côté plusieurs fois 3 -Toutes les catégories socio-professionnelles 2 -Le médecin ne peut pas dire qu'il n'a que celles qui vont bien 3 -Il faut concerner la personne 2
	Les impliquer dans les procédures judiciaires 7	-Impliquer le médecin traitant si la patiente entame une procédure judiciaire / retour au médecin traitant en cas de plainte 3 -Montrer une situation qu'il a raté 4
	Envoyer une invitation personnelle à la formation 1	-Envoyer une invitation personnelle 1
	Certains ne participent quasiment jamais aux formations de manière générale 3	-Est-ce que c'est pas déjà la majorité qui ne participent pas aux formations ? 2 -Les médecins installés depuis longtemps ne veulent plus participer à des formations 1
	Coupler la formation à un autre thème 3	-Mettre un sujet qui intéresse beaucoup de monde et parler de ça après 1 -Donner une thématique large, par exemple connaître les réseaux dans votre environnement 2
	Les mettre face à une consultation de ce type 1	-Tu envoies un faux patient pour simuler une consultation pour VC 1
	Clip vidéo ou campagne publicitaire 4	-Tourner un clip choc 1 -Des campagnes : VC parlez-en à votre médecin et leur proposer une formation 3

	Avoir des points formation obligatoires 3	-Aller à des formations pour avoir des points obligatoires 3
--	---	--

Annexe 11 : Formation proposée par AGJIR en association avec SOS Femmes Solidarité

(18)



L'association SOS Femmes Solidarité, en partenariat avec AGJIR, les jeunes médecins généralistes d'Alsace, et avec le soutien de l'ARS Grand Est, vous propose 4 sessions de formation à destination des professionnels de santé de premier recours (médecins, sages-femmes, etc.)

Ces sessions de formation auront pour thème :

**REPÉRER ET ORIENTER UNE FEMME VICTIME DE
VIOLENCES DANS LE CADRE D'UNE
CONSULTATION.**

Programme prévisionnel :

- Accueil - Apéritif dînatoire
- Présentation des participants et attentes de formation
- Éléments théoriques sur les violences conjugales et intrafamiliales
- Travail autour de vidéos et mise en situation
- Vers qui orienter une femme victime de violences ?

Chaque session est ouverte à 18 participant.e.s maximum

Une attestation sera délivrée à chaque participant.e.

La formation est gratuite pour les participant.e.s, son coût étant intégralement pris en charge par l'ARS Grand Est.

LIEU :
5 RUE SELLENICK,
67000 STRASBOURG

SESSION 1 :
MERCREDI 22 JUIN
DE 20H À 22H30

SESSION 2 :
MERCREDI 13
SEPTEMBRE
DE 20H À 22H30

SESSION 3 :
JEUDI 19 OCTOBRE
DE 14H À 17H

SESSION 4 :
JEUDI 16 NOVEMBRE
DE 20H À 22H30

*Nouveauté !!!
Session en après-midi !*

**INSCRIPTION
OBLIGATOIRE**

Par mail à l'adresse suivante :
administration@
sosfemmesolidarite67.org

Les inscriptions doivent se
faire impérativement 15
jours avant la date de session
choisie.



Annexe 12 : Formation proposée par le CIDFF67 (33)



Renseignements et inscriptions :

FORMATION GRATUITE, INSCRIPTION OBLIGATOIRE

CIDFF du Bas-Rhin
24 rue du 22 novembre 67000 STRASBOURG
Tél. : 03 88 32 03 22 (choix 1) – Fax : 03 88 24 60 86
Organisme de formation n°426 700 90 067
Mail : skhattab@cidff67.fr
Internet : www.cidff67.fr
Réseaux sociaux : www.facebook.com/cidff67_et_CIDFF67

Création : 12/01/16, 14/01/16, 22/01/16, 29/01/16, 05/02/16, 12/02/16, 19/02/16, 26/02/16, 05/03/16, 12/03/16, 19/03/16, 26/03/16, 02/04/16, 09/04/16, 16/04/16, 23/04/16, 30/04/16, 07/05/16, 14/05/16, 21/05/16, 28/05/16, 04/06/16, 11/06/16, 18/06/16, 25/06/16, 02/07/16, 09/07/16, 16/07/16, 23/07/16, 30/07/16, 06/08/16, 13/08/16, 20/08/16, 27/08/16, 03/09/16, 10/09/16, 17/09/16, 24/09/16, 01/10/16, 08/10/16, 15/10/16, 22/10/16, 29/10/16, 05/11/16, 12/11/16, 19/11/16, 26/11/16, 03/12/16, 10/12/16, 17/12/16, 24/12/16, 31/12/16, 07/01/17, 14/01/17, 21/01/17, 28/01/17, 04/02/17, 11/02/17, 18/02/17, 25/02/17, 03/03/17, 10/03/17, 17/03/17, 24/03/17, 31/03/17, 07/04/17, 14/04/17, 21/04/17, 28/04/17, 05/05/17, 12/05/17, 19/05/17, 26/05/17, 02/06/17, 09/06/17, 16/06/17, 23/06/17, 30/06/17, 07/07/17, 14/07/17, 21/07/17, 28/07/17, 04/08/17, 11/08/17, 18/08/17, 25/08/17, 01/09/17, 08/09/17, 15/09/17, 22/09/17, 29/09/17, 06/10/17, 13/10/17, 20/10/17, 27/10/17, 03/11/17, 10/11/17, 17/11/17, 24/11/17, 01/12/17, 08/12/17, 15/12/17, 22/12/17, 29/12/17, 05/01/18, 12/01/18, 19/01/18, 26/01/18, 02/02/18, 09/02/18, 16/02/18, 23/02/18, 01/03/18, 08/03/18, 15/03/18, 22/03/18, 29/03/18, 05/04/18, 12/04/18, 19/04/18, 26/04/18, 03/05/18, 10/05/18, 17/05/18, 24/05/18, 31/05/18, 07/06/18, 14/06/18, 21/06/18, 28/06/18, 05/07/18, 12/07/18, 19/07/18, 26/07/18, 02/08/18, 09/08/18, 16/08/18, 23/08/18, 30/08/18, 06/09/18, 13/09/18, 20/09/18, 27/09/18, 04/10/18, 11/10/18, 18/10/18, 25/10/18, 01/11/18, 08/11/18, 15/11/18, 22/11/18, 29/11/18, 06/12/18, 13/12/18, 20/12/18, 27/12/18, 03/01/19, 10/01/19, 17/01/19, 24/01/19, 31/01/19, 07/02/19, 14/02/19, 21/02/19, 28/02/19, 06/03/19, 13/03/19, 20/03/19, 27/03/19, 03/04/19, 10/04/19, 17/04/19, 24/04/19, 01/05/19, 08/05/19, 15/05/19, 22/05/19, 29/05/19, 05/06/19, 12/06/19, 19/06/19, 26/06/19, 03/07/19, 10/07/19, 17/07/19, 24/07/19, 31/07/19, 07/08/19, 14/08/19, 21/08/19, 28/08/19, 04/09/19, 11/09/19, 18/09/19, 25/09/19, 02/10/19, 09/10/19, 16/10/19, 23/10/19, 30/10/19, 06/11/19, 13/11/19, 20/11/19, 27/11/19, 04/12/19, 11/12/19, 18/12/19, 25/12/19, 01/01/20, 08/01/20, 15/01/20, 22/01/20, 29/01/20, 05/02/20, 12/02/20, 19/02/20, 26/02/20, 05/03/20, 12/03/20, 19/03/20, 26/03/20, 02/04/20, 09/04/20, 16/04/20, 23/04/20, 30/04/20, 07/05/20, 14/05/20, 21/05/20, 28/05/20, 04/06/20, 11/06/20, 18/06/20, 25/06/20, 02/07/20, 09/07/20, 16/07/20, 23/07/20, 30/07/20, 06/08/20, 13/08/20, 20/08/20, 27/08/20, 03/09/20, 10/09/20, 17/09/20, 24/09/20, 01/10/20, 08/10/20, 15/10/20, 22/10/20, 29/10/20, 05/11/20, 12/11/20, 19/11/20, 26/11/20, 03/12/20, 10/12/20, 17/12/20, 24/12/20, 31/12/20, 07/01/21, 14/01/21, 21/01/21, 28/01/21, 04/02/21, 11/02/21, 18/02/21, 25/02/21, 03/03/21, 10/03/21, 17/03/21, 24/03/21, 31/03/21, 07/04/21, 14/04/21, 21/04/21, 28/04/21, 05/05/21, 12/05/21, 19/05/21, 26/05/21, 02/06/21, 09/06/21, 16/06/21, 23/06/21, 30/06/21, 07/07/21, 14/07/21, 21/07/21, 28/07/21, 04/08/21, 11/08/21, 18/08/21, 25/08/21, 01/09/21, 08/09/21, 15/09/21, 22/09/21, 29/09/21, 06/10/21, 13/10/21, 20/10/21, 27/10/21, 03/11/21, 10/11/21, 17/11/21, 24/11/21, 01/12/21, 08/12/21, 15/12/21, 22/12/21, 29/12/21, 05/01/22, 12/01/22, 19/01/22, 26/01/22, 02/02/22, 09/02/22, 16/02/22, 23/02/22, 01/03/22, 08/03/22, 15/03/22, 22/03/22, 29/03/22, 05/04/22, 12/04/22, 19/04/22, 26/04/22, 03/05/22, 10/05/22, 17/05/22, 24/05/22, 31/05/22, 07/06/22, 14/06/22, 21/06/22, 28/06/22, 05/07/22, 12/07/22, 19/07/22, 26/07/22, 02/08/22, 09/08/22, 16/08/22, 23/08/22, 30/08/22, 06/09/22, 13/09/22, 20/09/22, 27/09/22, 04/10/22, 11/10/22, 18/10/22, 25/10/22, 01/11/22, 08/11/22, 15/11/22, 22/11/22, 29/11/22, 06/12/22, 13/12/22, 20/12/22, 27/12/22, 03/01/23, 10/01/23, 17/01/23, 24/01/23, 31/01/23, 07/02/23, 14/02/23, 21/02/23, 28/02/23, 06/03/23, 13/03/23, 20/03/23, 27/03/23, 03/04/23, 10/04/23, 17/04/23, 24/04/23, 01/05/23, 08/05/23, 15/05/23, 22/05/23, 29/05/23, 05/06/23, 12/06/23, 19/06/23, 26/06/23, 03/07/23, 10/07/23, 17/07/23, 24/07/23, 31/07/23, 07/08/23, 14/08/23, 21/08/23, 28/08/23, 04/09/23, 11/09/23, 18/09/23, 25/09/23, 02/10/23, 09/10/23, 16/10/23, 23/10/23, 30/10/23, 06/11/23, 13/11/23, 20/11/23, 27/11/23, 04/12/23, 11/12/23, 18/12/23, 25/12/23, 01/01/24, 08/01/24, 15/01/24, 22/01/24, 29/01/24, 05/02/24, 12/02/24, 19/02/24, 26/02/24, 05/03/24, 12/03/24, 19/03/24, 26/03/24, 02/04/24, 09/04/24, 16/04/24, 23/04/24, 30/04/24, 07/05/24, 14/05/24, 21/05/24, 28/05/24, 04/06/24, 11/06/24, 18/06/24, 25/06/24, 02/07/24, 09/07/24, 16/07/24, 23/07/24, 30/07/24, 06/08/24, 13/08/24, 20/08/24, 27/08/24, 03/09/24, 10/09/24, 17/09/24, 24/09/24, 01/10/24, 08/10/24, 15/10/24, 22/10/24, 29/10/24, 05/11/24, 12/11/24, 19/11/24, 26/11/24, 03/12/24, 10/12/24, 17/12/24, 24/12/24, 31/12/24, 07/01/25, 14/01/25, 21/01/25, 28/01/25, 04/02/25, 11/02/25, 18/02/25, 25/02/25, 03/03/25, 10/03/25, 17/03/25, 24/03/25, 31/03/25, 07/04/25, 14/04/25, 21/04/25, 28/04/25, 05/05/25, 12/05/25, 19/05/25, 26/05/25, 02/06/25, 09/06/25, 16/06/25, 23/06/25, 30/06/25, 07/07/25, 14/07/25, 21/07/25, 28/07/25, 04/08/25, 11/08/25, 18/08/25, 25/08/25, 01/09/25, 08/09/25, 15/09/25, 22/09/25, 29/09/25, 06/10/25, 13/10/25, 20/10/25, 27/10/25, 03/11/25, 10/11/25, 17/11/25, 24/11/25, 01/12/25, 08/12/25, 15/12/25, 22/12/25, 29/12/25, 05/01/26, 12/01/26, 19/01/26, 26/01/26, 02/02/26, 09/02/26, 16/02/26, 23/02/26, 01/03/26, 08/03/26, 15/03/26, 22/03/26, 29/03/26, 05/04/26, 12/04/26, 19/04/26, 26/04/26, 03/05/26, 10/05/26, 17/05/26, 24/05/26, 31/05/26, 07/06/26, 14/06/26, 21/06/26, 28/06/26, 05/07/26, 12/07/26, 19/07/26, 26/07/26, 02/08/26, 09/08/26, 16/08/26, 23/08/26, 30/08/26, 06/09/26, 13/09/26, 20/09/26, 27/09/26, 04/10/26, 11/10/26, 18/10/26, 25/10/26, 01/11/26, 08/11/26, 15/11/26, 22/11/26, 29/11/26, 06/12/26, 13/12/26, 20/12/26, 27/12/26, 03/01/27, 10/01/27, 17/01/27, 24/01/27, 31/01/27, 07/02/27, 14/02/27, 21/02/27, 28/02/27, 06/03/27, 13/03/27, 20/03/27, 27/03/27, 03/04/27, 10/04/27, 17/04/27, 24/04/27, 01/05/27, 08/05/27, 15/05/27, 22/05/27, 29/05/27, 05/06/27, 12/06/27, 19/06/27, 26/06/27, 03/07/27, 10/07/27, 17/07/27, 24/07/27, 31/07/27, 07/08/27, 14/08/27, 21/08/27, 28/08/27, 04/09/27, 11/09/27, 18/09/27, 25/09/27, 02/10/27, 09/10/27, 16/10/27, 23/10/27, 30/10/27, 06/11/27, 13/11/27, 20/11/27, 27/11/27, 04/12/27, 11/12/27, 18/12/27, 25/12/27, 01/01/28, 08/01/28, 15/01/28, 22/01/28, 29/01/28, 05/02/28, 12/02/28, 19/02/28, 26/02/28, 05/03/28, 12/03/28, 19/03/28, 26/03/28, 02/04/28, 09/04/28, 16/04/28, 23/04/28, 30/04/28, 07/05/28, 14/05/28, 21/05/28, 28/05/28, 04/06/28, 11/06/28, 18/06/28, 25/06/28, 02/07/28, 09/07/28, 16/07/28, 23/07/28, 30/07/28, 06/08/28, 13/08/28, 20/08/28, 27/08/28, 03/09/28, 10/09/28, 17/09/28, 24/09/28, 01/10/28, 08/10/28, 15/10/28, 22/10/28, 29/10/28, 05/11/28, 12/11/28, 19/11/28, 26/11/28, 03/12/28, 10/12/28, 17/12/28, 24/12/28, 31/12/28, 07/01/29, 14/01/29, 21/01/29, 28/01/29, 04/02/29, 11/02/29, 18/02/29, 25/02/29, 03/03/29, 10/03/29, 17/03/29, 24/03/29, 31/03/29, 07/04/29, 14/04/29, 21/04/29, 28/04/29, 05/05/29, 12/05/29, 19/05/29, 26/05/29, 02/06/29, 09/06/29, 16/06/29, 23/06/29, 30/06/29, 07/07/29, 14/07/29, 21/07/29, 28/07/29, 04/08/29, 11/08/29, 18/08/29, 25/08/29, 01/09/29, 08/09/29, 15/09/29, 22/09/29, 29/09/29, 06/10/29, 13/10/29, 20/10/29, 27/10/29, 03/11/29, 10/11/29, 17/11/29, 24/11/29, 01/12/29, 08/12/29, 15/12/29, 22/12/29, 29/12/29, 05/01/30, 12/01/30, 19/01/30, 26/01/30, 02/02/30, 09/02/30, 16/02/30, 23/02/30, 01/03/30, 08/03/30, 15/03/30, 22/03/30, 29/03/30, 05/04/30, 12/04/30, 19/04/30, 26/04/30, 03/05/30, 10/05/30, 17/05/30, 24/05/30, 31/05/30, 07/06/30, 14/06/30, 21/06/30, 28/06/30, 05/07/30, 12/07/30, 19/07/30, 26/07/30, 02/08/30, 09/08/30, 16/08/30, 23/08/30, 30/08/30, 06/09/30, 13/09/30, 20/09/30, 27/09/30, 04/10/30, 11/10/30, 18/10/30, 25/10/30, 01/11/30, 08/11/30, 15/11/30, 22/11/30, 29/11/30, 06/12/30, 13/12/30, 20/12/30, 27/12/30, 03/01/31, 10/01/31, 17/01/31, 24/01/31, 31/01/31, 07/02/31, 14/02/31, 21/02/31, 28/02/31, 06/03/31, 13/03/31, 20/03/31, 27/03/31, 03/04/31, 10/04/31, 17/04/31, 24/04/31, 01/05/31, 08/05/31, 15/05/31, 22/05/31, 29/05/31, 05/06/31, 12/06/31, 19/06/31, 26/06/31, 03/07/31, 10/07/31, 17/07/31, 24/07/31, 31/07/31, 07/08/31, 14/08/31, 21/08/31, 28/08/31, 04/09/31, 11/09/31, 18/09/31, 25/09/31, 02/10/31, 09/10/31, 16/10/31, 23/10/31, 30/10/31, 06/11/31, 13/11/31, 20/11/31, 27/11/31, 04/12/31, 11/12/31, 18/12/31, 25/12/31, 01/01/32, 08/01/32, 15/01/32, 22/01/32, 29/01/32, 05/02/32, 12/02/32, 19/02/32, 26/02/32, 05/03/32, 12/03/32, 19/03/32, 26/03/32, 02/04/32, 09/04/32, 16/04/32, 23/04/32, 30/04/32, 07/05/32, 14/05/32, 21/05/32, 28/05/32, 04/06/32, 11/06/32, 18/06/32, 25/06/32, 02/07/32, 09/07/32, 16/07/32, 23/07/32, 30/07/32, 06/08/32, 13/08/32, 20/08/32, 27/08/32, 03/09/32, 10/09/32, 17/09/32, 24/09/32, 01/10/32, 08/10/32, 15/10/32, 22/10/32, 29/10/32, 05/11/32, 12/11/32, 19/11/32, 26/11/32, 03/12/32, 10/12/32, 17/12/32, 24/12/32, 31/12/32, 07/01/33, 14/01/33, 21/01/33, 28/01/33, 04/02/33, 11/02/33, 18/02/33, 25/02/33, 03/03/33, 10/03/33, 17/03/33, 24/03/33, 31/03/33, 07/04/33, 14/04/33, 21/04/33, 28/04/33, 05/05/33, 12/05/33, 19/05/33, 26/05/33, 02/06/33, 09/06/33, 16/06/33, 23/06/33, 30/06/33, 07/07/33, 14/07/33, 21/07/33, 28/07/33, 04/08/33, 11/08/33, 18/08/33, 25/08/33, 01/09/33, 08/09/33, 15/09/33, 22/09/33, 29/09/33, 06/10/33, 13/10/33, 20/10/33, 27/10/33, 03/11/33, 10/11/33, 17/11/33, 24/11/33, 01/12/33, 08/12/33, 15/12/33, 22/12/33, 29/12/33, 05/01/34, 12/01/34, 19/01/34, 26/01/34, 02/02/34, 09/02/34, 16/02/34, 23/02/34, 01/03/34, 08/03/34, 15/03/34, 22/03/34, 29/03/34, 05/04/34, 12/04/34, 19/04/34, 26/04/34, 03/05/34, 10/05/34, 17/05/34, 24/05/34, 31/05/34, 07/06/34, 14/06/34, 21/06/34, 28/06/34, 05/07/34, 12/07/34, 19/07/34, 26/07/34, 02/08/34, 09/08/34, 16/08/34, 23/08/34, 30/08/34, 06/09/34, 13/09/34, 20/09/34, 27/09/34, 04/10/34, 11/10/34, 18/10/34, 25/10/34, 01/11/34, 08/11/34, 15/11/34, 22/11/34, 29/11/34, 06/12/34, 13/12/34, 20/12/34, 27/12/34, 03/01/35, 10/01/35, 17/01/35, 24/01/35, 31/01/35, 07/02/35, 14/02/35, 21/02/35, 28/02/35, 06/03/35, 13/03/35, 20/03/35, 27/03/35, 03/04/35, 10/04/35, 17/04/35, 24/04/35, 01/05/35, 08/05/35, 15/05/35, 22/05/35, 29/05/35, 05/06/35, 12/06/35, 19/06/35, 26/06/35, 03/07/35, 10/07/35, 17/07/35, 24/07/35, 31/07/35, 07/08/35, 14/08/35, 21/08/35, 28/08/35, 04/09/35, 11/09/35, 18/09/35, 25/09/35, 02/10/35, 09/10/35, 16/10/35, 23/10/35, 30/10/35, 06/11/35, 13/11/35, 20/11/35, 27/11/35, 04/12/35, 11/12/35, 18/12/35, 25/12/35, 01/01/36, 08/01/36, 15/01/36, 22/01/36, 29/01/36, 05/02/36, 12/02/36, 19/02/36, 26/02/36, 05/03/36, 12/03/36, 19/03/36, 26/03/36, 02/04/36, 09/04/36, 16/04/36, 23/04/36, 30/04/36, 07/05/36, 14/05/36, 21/05/36, 28/05/36, 04/06/36, 11/06/36, 18/06/36, 25/06/36, 02/07/36, 09/07/36, 16/07/36, 23/07/36, 30/07/36, 06/08/36, 13/08/36, 20/08/36, 27/08/36, 03/09/36, 10/09/36, 17/09/36, 24/09/36, 01/10/36, 08/10/36, 15/10/36, 22/10/36, 29/10/36, 05/11/36, 12/11/36, 19/11/36, 26/11/36, 03/12/36, 10/12/36, 17/12/36, 24/12/36, 31/12/36, 07/01/37, 14/01/37, 21/01/37, 28/01/37, 04/02/37, 11/02/37, 18/02/37, 25/02/37, 03/03/37, 10/03/37, 17/03/37, 24/03/37, 31/03/37, 07/04/37, 14/04/37, 21/04/37, 28/04/37, 05/05/37, 12/05/37, 19/05/37, 26/05/37, 02/06/37, 09/06/37, 16/06/37, 23/06/37, 30/06/37, 07/07/37, 14/07/37, 21/07/37, 28/07/37, 04/08/37, 11/08/37, 18/08/37, 25/08/37, 01/09/37, 08/09/37, 15/09/37, 22/09/37, 29/09/37, 06/10/37, 13/10/37, 20/10/37, 27/10/37, 03/11/37, 10/11/37, 17/11/37, 24/11/37, 01/12/37, 08/12/37, 15/12/37, 22/12/37, 29/12/37, 05/01/38, 12/01/38, 19/01/38, 26/01/38, 02/02/38, 09/02/38, 16/02/38, 23/02/38, 01/03/38, 08/03/38, 15/03/38, 22/03/38, 29/03/38, 05/04/38, 12/04/38, 19/04/38, 26/04/38, 03/05/38, 10/05/38, 17/05/38, 24/05/38, 31/05/38, 07/06/38, 14/06/38, 21/06/38, 28/06/38, 05/07/38, 12/07/38, 19/07/38, 26/07/3

Annexe 13 : Certificat médical initial de constatation de coups et blessures (69) (71)

Certificat médical initial Constatation de coups et blessures

Ce certificat doit être remis à la victime uniquement (ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé, et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).

Un double doit être conservé par le médecin signataire.

Nom et prénom du médecin : _____ Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur (Nom, prénom, date de naissance) _____¹,
le (date) _____, à (heure) _____, à (lieu) _____²

en présence de son représentant légal³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____¹

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____¹

La victime déclare⁴ « avoir été victime d'une agression / d'un accident le (date) _____, à (heure) _____, à (lieu) _____ ».

Examen clinique :

Examens complémentaires :

Avis spécialisé complémentaire :

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi ⁹

Depuis, il/elle dit se plaindre de : (entre guillemets)¹⁰

La durée d'incapacité totale de travail est de (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications¹¹

Certificat établi, le (date) _____, à (heure) _____, à (lieu) _____², à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur (Nom, Prénom) _____¹ et remis en main propre.

Cachet

Signature

Annexe 14 : Le carré de White (77)

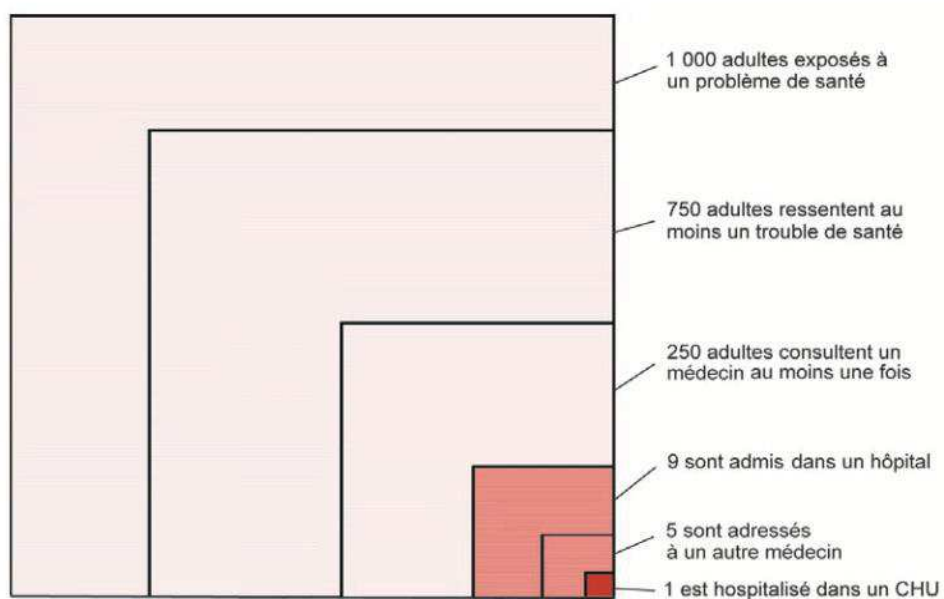


Figure 1 : Carré de White

Le carré de White (77)

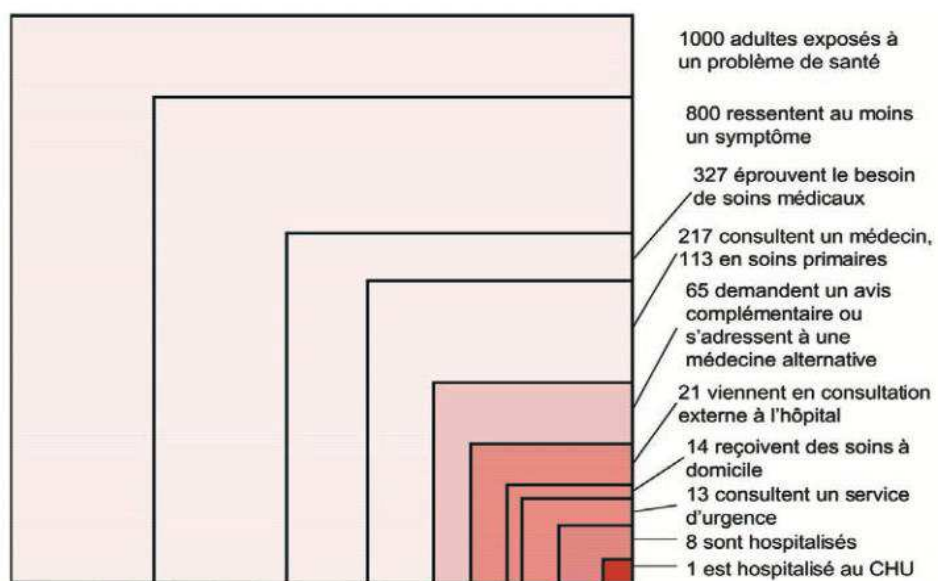


Figure 2 : Répartition des soins de santé pendant 1 mois

La répartition des soins de santé pendant 1 mois (77)

Attestation sur l'honneur plagiat

Université

de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.

- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : FREY

Prénom : Camille

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, le 10/09/2019

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Introduction : Une femme sur dix est victime de violences conjugales (VC) en France quelle que soit sa catégorie socio-culturelle. La HAS et le Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes recommandent un dépistage systématique des VC par les médecins généralistes pour améliorer leur prise en charge comme indiqué dans les 4^e et 5^e plans interministériels de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes. Dans les thèses existantes sur les obstacles et freins au dépistage systématique des VC, les médecins généralistes (MG), déplorent un manque de formation sur ce thème.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative reposant sur des entretiens collectifs. 4 focus groups ont été réalisés de septembre 2017 à octobre 2018, incluant un total de 25 participants étant médecins installés, internes et remplaçants, en Alsace. L'objectif principal était de définir quel serait le contenu d'une « formation idéale » pour les MG pour améliorer leur prise en charge des femmes victimes de VC. L'objectif secondaire était de définir quel type de formation pourrait améliorer le dépistage systématique des VC et de recueillir le ressenti des différents MG interrogés lors de telles consultations.

Résultats : Les médecins interrogés sont mal à l'aise lors de ces consultations, n'osent pas poser cette question taboue, appréhendent la réaction de la patiente et ne savent pas jusqu'où va leur rôle. Par manque de formation, certains médecins ignorent quoi faire si la patiente répond qu'elle a subi des violences. Quelles seraient les caractéristiques de la formation idéale ? La majorité des participants souhaiterait qu'une première formation ait lieu lors de l'internat, pendant ou juste après le stage chez le praticien de médecine générale. Dans l'idéal, ils voudraient être formés de manière récurrente avec une FMC par la suite pour les médecins installés. Cette formation pourrait durer une journée pour les internes et 2 heures pour la FMC. Ils auraient souhaité avoir une première partie théorique assez courte et condensée combinant les modalités de rédaction du certificat médical initial de coups et blessures, des informations claires concernant les réseaux locaux d'aide spécialisée et des clés pour savoir communiquer avec ces patientes. Un minimum de 2/3 du temps devrait être consacré à la pratique, notamment par des jeux de rôles. D'autres médecins sont allés plus loin dans la réflexion en envisageant que la phase pratique puisse se dérouler en immersion quelques jours dans une vraie association avec des personnes réelles qui ont de véritables problèmes.

Conclusion : Il est plus qu'utile de déceler au plus tôt des VC subies et de former les médecins de premier recours au dépistage et à la prise en charge de ces victimes pour leur proposer un accompagnement personnalisé. Dans ce but, une formation dédiée lors de l'internat puis répétée sous forme de FMC pourrait être bénéfique et permettre aux médecins de se sentir plus à l'aise dans ce type de consultation.

Rubrique de classement : Médecine Générale**Mots-clés :**

Violences conjugales, Violences faites aux femmes, Médecin généraliste, Dépistage, Formation médicale.

Spouse abuse, Partner abuse, Intimate partner abuse, Woman abused, Domestic violence, Primary health care, Screening, Medical training

Président : Professeur Jean Sébastien RAUL

Assesseurs : Professeur Jean-Jacques BALDAUF

Professeur Gilles BERTSCHY

Professeur Pascal BILBAULT

Docteur Claire DUMAS

Adresse de l'auteur : FREY Camille

12, rue du Bon Pasteur 67000 STRASBOURG