

Université Catholique de Louvain

La formation des jeunes médecins généralistes francophones à la détection précoce des violence conjugales

Etude qualitative auprès de jeunes médecins généralistes francophones de
Belgique

Dr Aurélie Mukwege. Promotrice : Dr Hanna Ballout

Travail de fin d'études

Master de spécialisation en médecine générale

Année académique 2022-2023

Remerciements

Je remercie ma promotrice Hanna pour son soutien et accompagnement durant cette expérience du TFE.

Je souhaite également remercier mes collègues qui ont montré un intérêt particulier pour mon sujet d'étude et qui m'ont encouragé.

Je remercie mes parents et mes frères sans qui tout ceci n'aurait pas été possible, et surtout, n'aurait pas de sens.

Table des matières

Remerciements	1
Glossaire	4
Abstract	5
Introduction.....	6
Méthodes	8
1. Type d'étude.....	8
2. Recherches bibliographiques	8
2.1 Mots-clés	9
2.2 Critères d'inclusions et d'exclusion des articles.....	9
2.3 Question de recherche	10
3. Echantillon.....	10
3.1 Critères d'inclusion et d'exclusions	10
4. Elaboration du guide d'entretiens.....	10
5. Recrutement et déroulement des entretiens	10
5.1 Précautions éthiques.....	11
6. Analyse	11
Résultats.....	11
1. Caractéristiques de la population étudiée	11
2. La violence cachée dans la consultation médicale.....	12
2.1 La relation patient-médecin	12
3. La violence surgit dans le cabinet puis dans la vie du médecin	15
3.1 Rencontre avec la violence.....	15
3.2 Introspection du médecin	17
4. Quelles ont mes armes contre la violence ?	18
4.1 Académie.....	18
4.2 Equipe.....	20
Discussion.....	23
1. Forces de l'étude	23
1.1 L'originalité du travail.....	23
1.2 L'échantillon	23
1.3 Le type d'étude.....	23
1.4 Les résultats.....	24
1.5 La validité interne et externe	24
2. Faiblesses.....	24

2.1 Les biais de sélection	24
2.2 Les entretiens à distance	24
2.3 L'analyse qualitative thématique	24
2.4 Les biais d'interprétation.....	24
2.5 La saturation interne	25
3. Interprétation et confrontation à la littérature	25
Conclusions.....	30
Bibliographie.....	32

Glossaire

A : Association de médecins

ASS : assistant

BXL : Bruxelles

CCFFMG : Centre de coordination et formation de médecine générale

CDLH : Cebam Digital Library for Health

DMG ULB : Département de Médecine Générale de l'Université Libre de Bruxelles

EIGE: European Institution of Gender and Equality

F : femme

H : homme

MG : médecin généraliste

MM : maison médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RACGP : Royal Australian College of General Practitioners

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

UCL : Université Catholique de Louvain

ULB : Université Libre de Bruxelles

ULG : Université de Liège

WL : Wallonie

Abstract

Introduction : La violence conjugale constitue un problème de santé publique majeur et une violation des droits humains. Elle apparaît comme une problématique genrée touchant majoritairement les femmes. Les conséquences de la violence conjugale affectent les patients et leurs familles de façon tridimensionnelle. Le médecin généraliste est souvent le premier soignant vers lequel se tourne les victimes. Il occupe donc une place privilégiée dans le dépistage de la violence conjugale. En Belgique, le dépistage de la violence est opportuniste pour favoriser une révélation spontanée. L'enseignement de la détection des violences conjugales dans les trois universités francophones du pays est propre à chaque institution.

L'objectif de ce travail est d'analyser les difficultés que présentent les jeunes médecins généralistes à détecter la violence en cabinet de médecine générale, ainsi que leurs opinions sur leur formation à ce sujet. L'étude est réalisée auprès d'un échantillon de jeunes médecins généralistes francophones de Belgique avec pour but d'identifier des besoins en formation à la détection précoce.

Méthode : Il s'agit d'une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés. Dix entretiens ont été faits auprès de jeunes médecins francophones. L'analyse des résultats s'est faite par analyse thématique.

Résultats : Les jeunes médecins généralistes ont exprimé de nombreuses difficultés à la détection précoce en lien avec leur formation et leurs ressources personnelles. Plusieurs besoins en formation à la détection précoce ont émergés de l'analyse des entretiens. Les besoins en formation à la détection précoce des jeunes médecins généralistes francophones reflètent les différentes compétences qui sont nécessaires à la mise en place du dépistage opportuniste des violences conjugales. Les jeunes médecins ont besoin de ressources théoriques académiques et professionnelles. Ils sollicitent un lien avec leur université formatrice et le réseau spécialisé. Ils sont conscients de leur statut mais aussi de l'impact personnel des violences qui peut constituer un obstacle à la détection précoce de ces dernières. Les jeunes médecins généralistes sollicitent une intervision professionnelle.

Conclusion : La détection de la violence conjugale questionne les jeunes médecins généralistes sur leurs compétences, leur rôle de médecin généraliste et leur vision en tant que personne. L'étude réalisée montre plusieurs besoins en formation en lien avec les éléments cités et ouvre un espace de recherche pour la formation des médecins généraliste à la détection précoce.

Mots-clés : violence conjugale, détection précoce, médecine générale, formation.

Introduction

La violence conjugale constitue un problème de santé publique majeur et une violation des droits humains(1). Elle représente un défi pour les professionnels de santé tant par sa complexité, ses effets secondaires que par son atteinte multidimensionnelle sur la vie de la victime et de sa famille. La violence exercée par un partenaire intime est la forme de violence commise contre les femmes la plus répandue, avec les violences sexuelles(2). Elle est décrite par l’OMS comme : « *Tout comportement qui dans le cadre d’une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) cause un préjudice d’ordre physique, sexuelle ou psychologique, ce qui inclut l’agression physique, les relations sexuelles sous contraintes, la violence psychologique et tout autre acte de domination* »(2). Dans le monde, près du tiers (30%) des femmes qui ont eu des relations de couple signalent avoir subi une forme quelconque de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie.(2) « *Une adolescente sur 4 ayant déjà été mariée ou en couple dans la cohorte d’âge la plus jeune (15-19 ans) a déjà été victime de violence physique et/ou sexuelle de la part d’un partenaire intime au moins une fois au cours de sa vie* ».(3) En Belgique, le chiffre des violences conjugales s’élevait à 24.5% selon un sondage réalisé en 2014 par Amnesty International et la plateforme SOS viol.(4)

La problématique apparaît clairement genrée mais une analyse plus profonde dévoile aussi d’autres particularités à prendre en compte. Les violences conjugales débutent tôt dans la vie, les adolescents représentent une tranche d’âge à risque. Or, les médecins ne semblent pas toujours à l’aise pour évoquer la question des violences chez leurs jeunes patients(5). Les hommes peuvent également être victimes de violences. En 2010, une étude rapportait que 2 hommes belges sur 100 déclarent avoir été victime de violences graves de la part de leur partenaire sur une durée de 12 mois. Les hommes ont moins tendance à évoquer les violences, celles-ci sont souvent très graves lors de la révélation(6). Cette étude rapporte également que les femmes subissent des violences de gravité importante, plus fréquentes et de plus longue durée(7). La violence, en plus d’affecter la santé, détruit le tissu social, économique et familial des personnes atteintes. Ainsi, les enfants représentent une troisième entité de victimes. Ils peuvent être des victimes directes ou indirectes des violences. Celles-ci perturbent leur bonne évolution et constituent un facteur de risque d’exposition aux violences en tant que futurs victimes ou auteurs(7)(8). Une quatrième entité souvent méconnue est celle des personnes âgées. La prévalence des violences chez eux est plus faible mais les données sont limitées. La forme la plus courante de maltraitance des personnes âgées est celle infligée par leur partenaire(3).

Les violences conjugales peuvent être : physiques, sexuelles, psychologiques, économiques, sociales ou encore verbales(6). Un aspect fondamental des violences conjugales est leur évolution cyclique. Ce cycle comprend plusieurs phases décrivant la relation de coercition que subit la victime(9).

Sa compréhension est essentielle afin de pouvoir non seulement comprendre le vécu de la victime mais aussi d'être capable de lui offrir l'aide adéquate au moment opportun.

L'impact des violences, en raison de leurs formes diverses et de leur évolution cyclique, peut entraîner des conséquences sur la santé sexuelle, psychologique ou encore émotionnelle(7). Les patients se présentent avec des plaintes pouvant toucher tous les systèmes. Ils ont tendance à fréquenter les cabinets de consultations de façon plus importante que les autres patients. Ces multiples passages pour des plaintes variées entraînent parfois la réalisation d'exams complémentaires inutiles ce qui peut créer une surmédicalisation du problème sans le résoudre(6). Les conséquences physiques et psychologiques des violences affectent le bien-être des victimes ainsi que leur vie professionnelle. Tout cela a un coût pour le patient mais aussi pour la société. L'EIGE rapporte dans son étude de 2021 que le coût de la violence en Europe s'élève à 366 milliards dont 289 milliards pour les violences conjugales. Les dépenses principales sont générées par la prise en charge des violences physiques, les services médicaux, les médicaments et les procédures judiciaires(10). Mais au-delà de ces chiffres, le coût humain est bien plus lourd et incomparable. 38% des meurtres de femmes sont commis par leur partenaire ou ex-partenaire(2). En Belgique, le nombre de féminicide s'élevait à 25 en 2020(11). La gravité du problème de santé exige une action rapide et coordonnée.

Le médecin généraliste occupe une place privilégiée dans la détection et prise en charge des violences conjugales en raison de sa position en première ligne ainsi que des liens thérapeutiques qu'il crée avec ses patients et leurs familles. Une patiente sur trois dans la salle d'attente du médecin généraliste serait victime de violences conjugales(7). Pour pouvoir faire une prise en charge adéquate, il faut pouvoir dépister les patients victimes de violences. En Belgique, le dépistage précoce est privilégié. Il s'agit d'un dépistage opportuniste réalisé chez des patients présentant des facteurs de risque ou des tableaux évocateurs de situations de violences. Le but étant de permettre la révélation spontanée. Le dépistage précoce permet une prise en charge au stade débutant afin d'éviter l'évolution chronique, d'améliorer le bien-être des victimes et apporter une aide aux auteurs(7). Ce dépistage nécessite une capacité d'écoute empathique et une connaissance médicale spécifique des violences conjugales. La formation des trois principales universités francophones du pays ne comprend pas de cours spécialisé pour les violences conjugales, celles-ci sont discutées lors des cours comme celui de la médecine générale(12–16). La problématique est ensuite abordée lors de l'assistantat au travers d'e-learning et de formations complémentaires disponibles. En tant qu'assistante formée à l'UCL, je n'étais pas satisfaite de ma formation sur le sujet. Au cours d'une journée de retour sur les violences conjugales donnée par la professeure Anne-Marie Offermans de l'ULB, j'ai pu constater que de nombreux collègues partageaient mon avis. Mon intérêt s'est porté sur la détection précoce en

raison de son importance capitale à la prise en charge des violences conjugales mais également en raison de mes lacunes constatées sur ce sujet.

La formation des jeunes médecins apparaît comme une pierre angulaire à l'amélioration de la prise en charge des patients victimes de violences conjugales. Elle fait partie des prérequis indispensables à la gestion d'un problème de santé aux conséquences sociétales majeures(17). La formation des professionnels de santé ainsi que celles des fonctionnaires des services en contact avec les victimes de violences conjugales est également une préoccupation des régions Bruxelloise et Wallonne(18). En effet, la région de Bruxelles a mis sur pied un plan d'action contre les violences faites aux femmes qui comprend un volet dédié à la formation. Elle compte réaliser un cadastre de formations complémentaires pour les différents intervenants du terrain(19). La collection des données concernant les violences conjugales fait aussi partie des obligations de la Convention d'Istanbul, signée par la Belgique(20).

La détection précoce requiert que les médecins généralistes puissent être suffisamment à l'aise pour traiter de la question des violences, être capable d'aborder la question face aux groupes où le tabou est plus présent. Ils devraient être capable de : considérer les violences comme un diagnostic différentiel, être en mesure d'accueillir la révélation des patients avec empathie et être capable de recueillir correctement les données médicales mais aussi les émotions des patients et les éventuels signaux d'alertes qui nécessitent des actions immédiates. L'analyse de ces différents éléments m'a amené à questionner la formation des jeunes médecins généralistes et leur capacité à faire face aux violences. **Les jeunes médecins s'en sentent-ils capables ? Que pensent-ils de la formation reçue et de la formation continue sur la thématique ? Comment trouvent-ils les informations pour continuer à se former sur le sujet ? Quels sont leurs opinions, expériences et ressentis sur la thématique ? Au travers de ses réflexions et des difficultés que peuvent rencontrer mes collègues, je cherche à savoir si je peux mettre en évidence leurs besoins de formations à la détection précoce.**

Méthodes

1. Type d'étude

L'étude réalisée est une recherche qualitative. Le choix du type d'étude a été fait sur base des objectifs de mon questionnement. En effet, mon travail cherche à explorer des expériences, des ressentis, des opinions de médecins. Il est pour cela plus adapté à une recherche qualitative et a motivé l'utilisation d'entretien semi-dirigés.

2. Recherches bibliographiques

Afin de tenter de répondre à mon interrogation, j'ai commencé par extraire les mots clés de mon questionnement pour pouvoir les introduire dans les moteurs de recherche des bases de données. J'ai

consulté les bases suivantes : Cochrane Library, Dynamed, Ebpracticenet, Tripdatabase, CINAHL, Embase et ScienceDirect. L'accès des bases de données s'est fait via mon compte universitaire ou via la connexion de la CDLH. Les recherches ont été menées du mois de décembre 2022 au mois de janvier 2023. Au préalable, d'autres ressources provenant de sites internet (Amnesty International), d'organisations (SSMG et OMS) ou de cours universitaires avaient également été consultées et certaines ont été gardées comme sources externes à la recherche dans la littérature. J'ai établi des critères d'inclusion et d'exclusion afin d'affiner les résultats obtenus et permettre la sélection des articles les plus pertinents. Les résultats de ses recherches sont décrits en Annexe 2. Les mots-clés et les critères se trouvent ci-après, certaines recherches ont aussi été réalisées avec les synonymes de ses mots-clés, comme détaillé dans les équations de recherches qui se trouvent en Annexe 2. J'ai utilisé pour ma discussion quelques mots-clés supplémentaires qui sont repris dans un tableau en Annexe 1, tout comme les bases de données supplémentaires (PsyInfo et Cairn Info).

2.1 Mots-clés

Tableau 1 : Moteurs de recherche et mots-clés principaux utilisés

Moteur de recherche	Mots-clés
Cochrane library	<i>Intimate partner violence, screening, teaching, general practice</i>
Dynamed	<i>Intimate partner violence, detection</i>
Ebpracticenet	<i>Violence conjugale, détection, formation, médecin généraliste</i>
Tripdatabase	<i>Intimate partner violence, screening, domestic violence, teaching, residents</i>
Embase/ScienceDirect	<i>Intimate partner violence,</i>
CINAHL	<i>Dating violence, intimate partner violence, domestic abuse, teaching, training, residents, general practitioner</i>

2.2 Critères d'inclusions et d'exclusion des articles

Inclusion : texte complet disponible, abstracts disponibles. Langue français ou anglais, date de publication de 2012 à 2022. Première ligne, femmes, hommes, personnes âgées, adolescents.

Exclusion : enfants, texte complet indisponible, étude en cours, gynécologie, date de publication antérieure à 2012. Autre langue.

2.3 Question de recherche

Le questionnement s'est ensuite précisé au fil des lectures pour voir apparaître la question de recherche à laquelle mon étude tentera de répondre : « Quels sont les besoins en formation concernant la détection précoce des jeunes médecins généralistes francophones de Belgique ? ».

3. Echantillon

3.1 Critères d'inclusion et d'exclusions

J'ai choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins généralistes (défini selon la WONCA(21)) francophones de Belgique. Les critères suivants ont été établis afin d'obtenir un échantillonnage correspondant aux sujets visés par l'étude.

Tableau 2 : Critères d'inclusions et exclusions des sujets de l'étude.

Inclusion	Exclusion
Jeune médecin (5 premières années de pratiques : assistant ou agréé)	Formation étrangère francophone ou non
Lieu de travail : Bruxelles et Wallonie	Formation en néerlandais
Formation en Belgique	Autre profession de première ligne, spécialiste
Langue : français	Autre personnel soignant
Ayant fait son master spécialisé en Belgique	Formation de base hors UCL, ULB et ULG

4. Elaboration du guide d'entretiens

L'interrogation des différentes bases de données a permis de mettre en avant plusieurs articles portant sur la détection précoce. La lecture de ces ressources ainsi que de celles trouvées via citation ou encore sur les pages web d'organisation de santé, m'a permis d'extraire plusieurs thèmes en lien avec mon questionnement. J'ai ensuite élaboré un guide d'entretien à destination des sujets de mon étude en collaboration avec ma promotrice. Les questions posées aux médecins, ainsi que les thématiques dont elles s'inspirent, se trouvent en Annexe 12.

5. Recrutement et déroulement des entretiens

Le recrutement des sujets de l'étude s'est fait via Internet. J'ai rédigé une invitation à participer à l'étude comprenant son thème, son type et les profils recherchés pour la réalisation de l'étude. Cette invitation a ensuite été diffusée sur les groupes Facebook des médecins généralistes de l'UCL, ULB et ULG. L'invitation a également été relayée au niveau des groupes de médecins (santé Ardennes, SSMG) et des universités via les CCFMG respectifs. Ces derniers ont ensuite partagé l'info sur la plateforme Moodle. Les potentiels participants m'ont ensuite contacté par mail afin d'avoir plus d'information

concernant l'étude et convenir d'un rendez-vous pour la réalisation de l'entretien, après avoir accepté d'y participer.

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés entre le 1^{er} et le 28 mars 2023. En raison des emplois du temps différents des médecins recrutés et selon la distance à parcourir vers leur cabinet, il a été convenu avec le médecin interrogé de réaliser l'interview soit à distance via les plateformes Zoom® et Microsoft Teams® soit dans le cabinet médical. Le consentement des médecins a été recueilli oralement avant chaque interview après réception de toutes les informations concernant le but de l'étude ainsi que la conservation des données à caractère uniquement de recherche. La durée des interviews varie entre 28 minutes et 1 heure et 2 minutes.

5.1 Précautions éthiques

La demande au comité d'éthique a été formulée et soumise le 11 janvier 2023. La réponse du comité a été reçue par mail le 26 février 2023, avant la réalisation des entretiens. Ils ont été enregistrés avec accord des médecins.

6. Analyse

L'analyse des résultats de l'étude consiste en une analyse thématique. L'analyse thématique de contenu est une méthode qui permet d'analyser un matériel de données, dans ce cas-ci un ensemble d'entretiens, nommé corpus. Elle fait intervenir des processus de réductions de données pour faire émerger des entités nommées thèmes, des expressions verbales recueillies des sujets de l'étude. L'analyse de ces thèmes permet d'identifier et répertorier les éléments du contenu pour tenter de répondre à une problématique données(22). Cette méthode de recherche m'a parue la plus appropriée pour mon TFE qui vise à recenser des besoins de formations tirés des difficultés rencontrées par les jeunes médecins généralistes.

J'ai occupé en tant que chercheur un rôle d'intervieweur mais également d'analyste des entretiens. Je reviendrai sur cet aspect et son possible impact lors de l'abord des limites de mon travail.

Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

J'ai réalisé 10 entretiens semi-dirigés auprès de 10 jeunes médecins francophone travaillant en Wallonie ou à Bruxelles. Leurs caractéristiques anonymisées se trouvent dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Caractéristiques des sujets de l'étude

	Age (ans)	Sexe	Université	Année de formation	Type de pratique	Pratique	Lieu de pratique
MG1	28	F	ULG/ULB	ASS2	Urbain	MM	BXL

MG2	27	F	ULB	ASS2	Semi-rural	MM	WL
MG3	33	F	UCL	ASS3	Urbain	Solo	BXL
MG4	33	F	ULG	ASS1	Semi-rural	MM	WL
MG5	28	F	UCL	ASS2	Urbain	MM	BXL
MG6	31	F	ULB	ASS2	Rural	MM	WL
MG7	30	F	ULB	MA	Rural	A	WL
MG8	30	F	ULB	ASS2	Rural	A	WL
MG9	30	F	ULB	MA	Urbain	MM	BXL
MG10	28	H	UCL	ASS2	Urbain	MM	BXL

Le corpus de l'étude, à savoir les interviews des médecins, se trouve en Annexe 13. A partir des thèmes générés par les questions posées aux médecins de l'étude, j'ai réalisé un regroupement de ceux-ci dans le but de créer un axe thématique et voir progressivement se dégager les branches principales de mon arbre thématique à partir duquel j'ai ensuite rédigé mon rapport final. Les thèmes ont été regroupés selon leurs caractéristique afin de créer des ensembles saillants avant l'organisation en rubriques. L'analyse complète se trouve en Annexe 14.

2. La violence cachée dans la consultation médicale

2.1 La relation patient-médecin

Les jeunes médecins généralistes sont conscients de leur **rôle** et de la position qu'ils occupent dans l'organisation des soins de santé. A l'évocation de la thématique des violences conjugales, la plupart parlent assez rapidement de leur rôle comme **prestataire de soins de première ligne**. Ils se considèrent comme premiers intervenants et sont conscients de la présence de la violence dans leur patientèle, même si cette dernière n'est pas toujours évidente à détecter. Le statut d'assistant représente une entité à prendre en considération lorsqu'il s'agit de l'abord de la thématique de la violence. Elle conditionne à la fois la capacité de communication ainsi que la relation de confiance avec le patient.

- MG6 : *“Voilà donc, mais ce que ça me m'évoque. (Silence) Ben ce que ça m'évoque, c'est que oui effectivement j'imagine qu'on y est confronté. En tout cas oui, qu'on est en première ligne. D'office, je crois que certains de nos patients doivent vivre ça. Après, comment faire ou comment le détecter ? C'est compliqué, ouais, c'est compliqué. Je ne sais pas”*.
- MG5 : *“...en tant que médecin, je sais qu'on est en première ligne et donc on devrait un peu voir les signes de quelqu'un qui est victime de violence conjugale et de pouvoir les déceler”*.

- MG2 : *“Je pense qu’en tant que médecin généraliste, on va un jour ou l’autre être confronté. Enfin, c’est absolument je pense impossible de passer à côté de ça, de passer à côté d’un ou d’une patiente qui traverse des violences intrafamiliales.”*

Cette **approche** de la violence en cabinet n’est pas une chose jugée facile pour les médecins interrogés. Ils craignent notamment une rupture du **lien thérapeutique** avec leurs patients s’ils abordent le sujet. La **relation de confiance** constitue une clé de la consultation et doit être établie avant une quelconque tentative de dépistage. Certains médecins voient leur **statut d’assistant** comme un obstacle au renforcement de la relation, d’autres au contraire pensent que la fraîcheur des jeunes médecins assistants pourrait favoriser l’abord de la question.

- MG4 : *“Ben il faut déjà qu’il y ait un lien thérapeutique très fort hein”.*
- MG6 : *“Mais encore une fois, j’étais un peu sur la réserve parce que je me dis est-ce que c’est le bon moment, est-ce qu’elle ne va pas se braquer ? Est-ce que la relation est bien mise en place ?”*
- MG8 : *“Oui, je pense que c’est quelque chose qui est assez compliqué à évoquer. En tant que jeune médecin, on ne se sent pas toujours la légitimité de le faire alors que je pense qu’on est vraiment, justement, on est tout neuf tout frais et que je pense qu’on peut moduler aussi notre pratique avec ça en tête.”*

Le médecin généraliste est un médecin de famille. Il se retrouve confronté à des **schémas familiaux** complexes dans lesquels sont parfois présents d’autres perturbateurs de la relation comme **l’alcool ou encore les psychotropes** que consomment certains patients victimes. Le jeune médecin généraliste parle de ces schémas qui rendent complexes la détection de la violence, mettent à mal la relation de confiance et compliquent la **communication et l’ouverture de la parole** sur les violences. Mais ces **schémas** sont importants à connaître pour permettre une analyse du patient dans le **contexte** générateur de violence.

- MG6 : *“J’imagine aussi qu’avec l’expérience tu vois, quand on connaît les patients, quand on connaît les dynamiques, on doit plus le voir. Après je pense quand même que très vite, là ça fait que 6 mois que je suis là, je pense quand même que très vite on sent aussi les dynamiques familiales”.*
- MG1 : *“Donc voilà peut-être des gens qui ne veulent pas en parler au médecin parce qu’on était aussi des médecins qui géraient souvent tous des systèmes familiaux, avec enfants, grands-parents, parents et cetera.”*
- MG1 : *“ Mais voilà dur d’avoir une relation de confiance avec une patiente qui consomme beaucoup, beaucoup, qui abuse complètement de psychotropes. Parce qu’on essaie de créer une relation de confiance, mais ça se retourne un peu contre nous parce que la suite, c’est un peu donnez-moi des médicaments, quoi.”*

Les **dynamiques familiales** mettent en lumière les **réalités des patients victimes** ainsi que celles des **auteurs**. Les jeunes médecins reconnaissent l'**impact du schéma familial** sur la possibilité de révélation spontanée.

- MG7 : *“Dans la famille ça se sait. Voilà ce mari, il a 10 frères et sœurs, je ne sais plus. Les sœurs sont bien au courant. Mais n’osent rien dire parce que c’est un tabou malheureusement.”*
- MG6 : *“Voilà mais bon, le plus dur effectivement c’est d’en parler parce que je pense que les personnes qui sont en situation faut déjà qu’ils s’en rendent compte. Que la situation puisse être problématique, à avoir envie d’en parler, oser en parler ça doit faire peur aussi les démarches.”*
- MG1 : *“Schéma familial très problématique parce qu’en fait les filles étaient témoins de scènes de violence mais apparemment prenaient le parti du père parce qu’elle aurait envoyé des messages à un moment à un mec enfin bon, bref. Mais donc voilà, patiente compliquée parce qu’il y avait toute cette gestion des psychotropes.”*

La plupart des jeunes médecins généralistes se fient à leur **instinct médical** pour détecter les tableaux jugés suspects. Ces **tableaux** sont pour la plupart des médecins, aspécifiques et d’ordre psychologique. Les médecins sont ouverts et préparés à une **écoute attentive** du patient, ils tentent de créer un **espace de parole** bienveillant. L’**homme** est souvent oublié des patients “types” vers lesquels s’orientent la détection. Seulement un médecin avoue ne pas faire de différence au niveau du genre.

- MG4 : *“Je suis préparée à écouter si jamais quelqu’un m’apporte ce type de plaintes. J’observe aussi. Il faut apprendre à lire entre des lignes bien sûr. Si au fil des consultations, tu observes une petite tristesse ou une mélancolie ou un évitement (rire nerveux) ... Je ne sais pas, je n’ai pas de check list comme ça que je peux te donner.”*
- MG9 : *“Et puis aussi faut pas oublier en tant que médecin, tu as aussi un instinct. Il y a l’instinct médical, il y a des choses aussi que tu sens un peu. C’est difficile à dire mais tu sens certaines situations et donc ça te pousse aussi à aborder cette situation de violence”.*
- MG8 : *“Je commence, alors de nouveau c’est un peu tardif comme détection mais bon, quand effectivement les patients ou patientes viennent avec des plaintes plutôt floues, avec des patientes qui ont des plaintes digestives plutôt... Ouais, c’est vraiment, c’est dur à exprimer je trouve.”*
- MG7 : *“Peut-être tout d’abord je leur dis toujours parce que souvent, on connaît la famille hein, évidemment que tout ce qui est dit ici...C’est un cadre safe, en sécurité, que bien sûr je n’en parlerai jamais devant leur mari. Oui je dis mari parce que je pense toujours aux femmes”.*

- MG8 : « *Et alors chez les hommes, je ne l'abordais pas. Enfin je ne l'abordais pas, je l'abordais moins facilement et j'ai eu quand même pas mal de cas de violences conjugales envers les hommes. Et du coup ça m'a pas mal sensibilisée à la question. Et souvent je la pose, et alors je la pose un peu masqué, enfin pas masqué, mais je l'enrobe en disant qu'effectivement c'est quelque chose que je pose à tout le monde. C'est une question que je pose à tout le monde parce qu'il y a facilement une perte de confiance : " Bah mais moi je ne suis pas quelqu'un qui me fait taper dessus". Un côté un peu sexiste, macho. »*

3. La violence surgit dans le cabinet puis dans la vie du médecin

3.1 Rencontre avec la violence

La détection de la violence permet de la mettre en évidence et la faire apparaître dans la relation médicale. Cette première **rencontre avec la violence**, pour beaucoup des médecins interrogés, peut s'avérer très brutale. Le médecin doit faire face à cette violence et à des propos ou des situations parfois très dures à **réceptionner**.

- MG3 : *"Elle s'est mariée avec son mari et ça s'est très mal passé donc il y avait des violences conjugales et je pense abus sexuels sur un de ses fils. Et du coup elle avait quitté cet homme."*
- MG1 : *"Je me souviens d'une comme ça, qui m'expliquait qu'elle se faisait violer tous les soirs par son mari et puis voilà qui continuait sur son autre sujet : "et bla bla bla et bla bla bla"."*

Les jeunes médecins expriment de nombreuses difficultés à l'apparition de la violence dans la consultation. Ils éprouvent des **émotions différentes** et variées (principalement la révolte et la tristesse) qu'ils tentent de gérer selon leurs ressources personnelles. Tous les médecins généralistes interrogés reconnaissent l'**impact émotionnel** des violences conjugales sur leur propre personne. Ces émotions peuvent selon eux représenter un **frein** à la détection des violences.

- MG9 : *"C'est assez triste et puis après, oui, je suis vraiment en mode colère. Parce que ce n'est pas normal quoi. Et ça ne se fait même pas donc oui, c'est d'abord le sentiment de tristesse et puis après le sentiment de colère."*
- MG2 : *"Et oui clairement, je pense que les émotions peuvent faire qu'on n'ose pas poser tel type de question ou enfin pas parce qu'on est gêné mais... En fait si c'est ça, c'est qu'on est gêné de l'impact que la question peut avoir sur la personne en face ou de la réponse qu'on peut recevoir en retour."*
- MG8 : *"Et ça, je pense que le biais du médecin qui ne veut pas entendre, et je veux dire, ce n'est pas conscient mais parfois c'est trop violent pour nous en tant que médecin de se dire que telle personne enfin tel enfant s'est fait fracasser par ses parents ou telle femme se fait taper dessus pour la 5e fois."*

- MG1 : *“Parce qu'effectivement, le risque, souvent, c'est qu'on est très touché par ces problématiques, et donc on arrête de les dépister parce qu'on sait qu'une fois qu'on les dépiste, ça va être compliqué émotionnellement. Et donc je pense que beaucoup de gens voient des choses mais décident de ne pas creuser quoi parce qu'ils ne se sentent pas capables de gérer.”*

Un médecin évoque même une situation de sympathie.

- MG10 : *“Et pas de la sympathie au terme où on l'emploie ici, mais plus de la sympathie, comme les psychiatres l'enseignent c'est-à-dire que je me suis mis à ressentir, alors je vais caricaturer un peu, à limite pleurer avec la patiente, donc vraiment ne pas garder une espèce de neutralité. Mais vraiment voilà, je me suis laissé un peu envahir par mes émotions, de par la tristesse de la situation. Et donc là c'est difficile, c'est quelque chose qui me touche beaucoup et donc j'ai difficile à rester à ma place de médecin.”*

Les jeunes médecins généralistes ont du mal à **accepter cette violence** en tant que soignant et d'être confronté à la **réalité de la victime** qui n'est pas toujours facile de concevoir.

- MG1 : *“...parfois on s'épuise en fait avec des patients à leur proposer 35 solutions à être là : “il faut faire ci, il faut faire ça, il faut, il faut.” Et que le patient en fait, ne va pas du tout dans cette démarche là et il va juste rejeter tout ce que nous proposons. On va être frustré, on va perdre notre temps et il ne va rien se passer.”*
- MG9 : *“Ben ici en tout cas je n'étais pas contente de cette situation, surtout que c'est une dame qui vient quand même régulièrement à la maison médicale et aussi son mari. Donc revenir à une situation comme ça, je trouve vraiment ça honteux et déplorable, mais voilà.”*

Une fois que la violence investit le cabinet, le jeune médecin généraliste n'oublie pas la prise en charge de cette dernière. Il cherche à mettre la victime à l'abri, en **sécurité**. Et dans sa tentative parle parfois de sauvetage. Certains médecins interrogés rappellent toutefois que sauver la patiente de son cadre violent n'est pas une chose aisée et encore moins une entreprise à précipiter. La violence renvoie le médecin à sa **responsabilité déontologique** comme prestataire de soins. La plupart des médecins citent le **secret professionnel** ainsi que la rédaction des constats de coups et blessures comme tâche administrative principale. Mais ces **démarches juridiques** ne sont pas maîtrisées par ces derniers et sont, pour certains, générateur de stress.

- MG5 : *“Pour moi, la solution c'est quitter la relation. Mais j'entends bien que c'est plus complexe que ça pour ces personnes-là. Mais j'aurais tendance à dire, à réagir avec colère en disant qu'il faut rompre.”*

- MG8 : *“Parce que je pense que mes maîtres de stage, notamment ma maître de stage, ont cette tendance à dire il faut partir, il faut quitter votre conjoint. Sauf qu'on sait que ça peut être un facteur, justement déclencheur de violence et que ce n'est pas forcément la solution de partir en tout cas, ça se prépare quoi.”*
- MG7 : *“Je sais que notre constat de coups est très important, mais qu'on ne peut jamais dire c'est un tel qui a donné les coups à moins qu'on ait été présent évidemment. Il faut être prudent dans notre constat, et puis aussi être très précis parce que là, c'est des choses qui peuvent être très importantes s'il y a une suite judiciaire mais sinon voilà, non je ne sais pas grand-chose de l'aspect juridique nous concernant.”*
- MG9 : *“Mais ça peut créer du stress parce que tu te poses la question en tant que jeune médecin : “Est-ce que tu fais bien les choses, comment tu dois faire, comment tu dois t'y prendre ?” ”*
- MG10 : *“Mais c'est vrai que par exemple, c'est tout bête, mais un constat de coups et blessures. Mais c'est vrai tiens, comment est-ce qu'on fait un constat de coups et blessures ? Mais je ne sais pas quand il faut en faire un ou comment est-ce qu'il se fait alors ?”*

3.2 Introspection du médecin

La réaction à la violence est aussi guidée par leurs **croyances**, leurs valeurs personnelles mais aussi leur **genre**. Les femmes s'identifient aux victimes ou associent leurs émotions à leur statut de femme. La perception est différente chez le collègue interrogé mais ses pensées et sa **perception** sont également étroitement liées à son genre masculin.

- MG7 : *“Parce qu'en tant que femme, évidemment, ça nous touche aussi je pense plus et on se dit mais comment il peut en arriver à frapper sa femme ?”*
- MG4 : *“Je sais que je suis un peu biaisée parce que je suis plus orientée vers des patientes femmes. Je pose moins la question peut-être aux hommes.”*
- MG3 : *“Bah j'étais assez touchée. Parce que je pouvais aussi m'identifier à cette patiente. Elle était jeune, on avait presque le même âge et puis voilà, elle avait des enfants quoi. Je me sentais quand même assez touchée par la situation.”*
- MG10 : *“Alors c'est vrai que ça peut paraître un peu bête, mais c'est vrai que le fait d'être un homme parfois me faire sentir un peu mal à l'aise du fait que souvent c'est avec une personne de sexe masculin qu'elles ont des violences. Et donc c'est vrai que moi le fait d'être un homme, ça me pose problème. Enfin, ça me rajoute encore de la gêne et du malaise par rapport à ce sujet.”*

La **gestion de l'auteur** comme patient génère des **pensées** chez le jeune médecin qui le fait questionner sa capacité à assurer sa fonction médicale avec empathie envers celui qui est responsable des violences

de son patient victime. Cette **interaction avec l'auteur** des violences est anxiogène pour quelques médecins interrogés.

- MG7 : *“J'ai vraiment cet élément en tête récemment de cette patiente, qui m'a révélé qu'elle avait eu déjà des problèmes par le passé, que pour l'instant ça revenait avec son mari. J'ai vraiment du mal maintenant avec son mari parce que je me dis : “comment soigner ce monsieur qui a aussi des problèmes de santé ?”. Et c'est vraiment difficile, je le fais évidemment, mais c'est vraiment compliqué de pouvoir gérer cette émotion.”*
- MG10 : *“Alors une autre difficulté, dont je peux parler parce que moi je ne l'ai pas vécu mais j'ai eu peur de la vivre. C'est voilà si entre guillemets, le conjoint vient consulter, c'est voilà de rester à sa place, d'être médecin finalement de A et de B si je puis dire. De madame A et monsieur B. Heureusement, monsieur ne vient pas chez moi mais c'est vrai que ça, je me suis dit, tiens, comment est-ce que je vais pouvoir le traiter comme un autre patient ?”*
- MG8 : *« Mais donc je ne sais pas. Je ne suis pas sûre qu'il ait un intérêt en fait de le savoir. Je ne sais pas. À part moi être peut-être un moins bon médecin pour lui du coup parce que je vais avoir un sacré nombre de préjugés derrière. »*

4. Quelles ont mes armes contre la violence ?

4.1 Académie

Les jeunes médecins généralistes identifient des **lacunes dans leur formation** et remettent en cause cette dernière. Ils associent plusieurs difficultés rencontrées en consultations avec leur formation qu'ils jugent insuffisante.

- MG8 : *“Alors c'est vrai que moi c'est quelque chose où je me rends compte que j'ai dû me former par moi-même parce que c'était quelque chose, je trouve, qu'on n'abordait pas vraiment en médecine.”*
- MG9 : *“La thématique des violences conjugales, pour moi, c'est une thématique qui est assez complexe, qui est très difficile parce qu'effectivement, quand on finit nos études de médecine, effectivement comme ça, on n'est pas forcément outillé pour aborder cette problématique-là.”*
- MG7 : *“Parce que c'est vrai qu'on n'en parle pas beaucoup pendant notre formation, on l'évoque, mais on se sent un petit peu démuni ouais.”*

Cependant, étant soit des assistants en formations soit des jeunes médecins agréés, ils continuent à s'appuyer sur leur **université formatrice** pour obtenir un support théorique et psychologique. L'enseignement académique offre des possibilités de **discussions** et une **ouverture de parole** dont ils ont besoin pour pouvoir y déposer leurs cas cliniques.

- MG4 : *“Et une grande ressource non négligeable aussi, c'est l'université. On est encore en assistantat, donc il y a des modules. Je crois qu'on a déjà eu le module santé de la femme, mais on n'a pas abordé ce sujet-là.”*
- MG1 : *“Je pense que pendant les SPMA donc les séminaires locaux-régionaux, ça devrait être aussi des sujets qui sont abordés directement par nos maîtres de stage parce que justement, c'est un bon lieu pour en parler pour débriefer, voir comment les gens font les choses différemment.”*
- MG8 : *« C'est quelque chose que t'emporte aussi avec toi quand tu rentres chez toi. Donc il faut aussi avoir la capacité, la possibilité, l'espace mental et le soutien derrière pour pouvoir entendre ce genre de situation et ça de nouveau, je rebondis là-dessus, mais savoir que même nous, en tant qu'assistant ou en tant que médecin, en règle générale, on puisse avoir un endroit où on peut déposer ce genre de cas. »*

Les jeunes médecins ont des idées précises des **types de cours** ciblés sur la détection précoce qu'ils leur seraient utiles en pratique. La majorité réclame de pouvoir être accompagnée par des professionnels. Cet **accompagnement** permettrait la **réduction du stress** et la diminution du sentiment d'isolement face à la violence apportée par le patient.

- MG8 : *« Après de nouveau, pour moi, c'est la détection qui pose problème. Je veux dire, c'est facile une fois qu'on a le diagnostic, avoir les ressources, elles sont trouvables effectivement sur Internet. Mais c'est la détection qui pêche, c'est la formation des médecins pour détecter ces violences et pour mettre le doigt sur ce qui ne va pas, qui pose problème. »*
- MG6 : *« Voilà, je trouve que pour le moment, on a des cours ex cathedra. Je trouve que pour ce genre de thématique, il faudrait plus des cours en petits groupes, des mises en situation, des cours de communication (rires). Se regarder aussi un petit peu en tant que médecin. Enfin voilà, tu vois par rapport aux contre-transferts. »*
- MG10 : *“Où voilà, on analyserait des situations en ce qui est bien fait ou ce qui peut être adéquat et aussi ce qui n'est pas adéquat. Ou ce qu'il faut éviter de faire. Pour avoir en tout cas des pistes pour lancer la conversation, la consultation. Et puis peu importe où elle mènera. Mais je pense que le fait d'avoir en tout cas des premières questions, des premiers conseils en début de consultation, ça me donnera l'aisance et j'espère la sérénité nécessaire pour aborder, lancer le sujet.”*

Les jeunes médecins généralistes encore assistants rappellent aussi le **rôle de l'université** dans la **sensibilisation** des médecins au thème des violences.

- MG1 *“Je pense qu'on est aussi très sensibilisé à l'ULB l'air de rien, peut-être plus que d'autres facs. Enfin, je ne sais pas, mais parce que c'est vraiment un des sujets d'intérêt du département de médecine générale, qu'ils sortent des publications.”*
- MG5 : *“Pourquoi pas des conférences, ça c'est bien aussi. Nous pousser aussi à faire des formations. Et ouais, par l'université aussi, un peu plus de de cours.”*

Mais aussi concernant la surveillance de la santé mentale des assistants. Certaines **structures d'aides** sont d'ailleurs citées par les jeunes médecins. Elles représentent des lieux de **décharge mentale** adaptées à leur condition de médecin généralistes.

- MG1 : *“J'avais vraiment beaucoup de mal à gérer cet aspect de prise de recul face aux patients, d'accepter que ça n'allait pas évoluer, et cetera. Et ça c'était difficile et j'ai eu du coup les séances de coaching avec mg care pour d'autres raisons aussi, mais je crois que c'était génial ce service.”*
- MG8 : *“ Et plus valoriser les structures peut-être un peu, enfin plus indépendantes parce qu'il y a quand même pas mal de ressources qui sont disponibles, pareil dont on ne parle pas énormément, que ce soit l'ordre des médecins aussi, la cellule médecin en difficulté.”*

Les assistants sont conscients de leur **statut** et rappellent leur condition de **médecin en formation** qui doit leur permettre d'aménager du temps pour celle-ci.

- MG1 : *“Des fois on a l'impression de pas du tout être en formation mais juste d'être une main d'œuvre pas cher pour un système. Je trouve qu'on devrait beaucoup mettre notre formation vraiment au premier plan, qu'on ait droit à l'occasion de participer à plus de congrès et de séminaires, qu'on ait plus de cours, qu'on n'ait pas besoin de rattraper nos heures quand on fait des formations en plus.”*
- MG4 : *“Ma maîtresse de stage, fait ce qu'elle peut, mais les horaires ne collent pas. Quelque part, je pense qu'ici mon poste d'assistante, c'était pour résorber la surcharge de travail. Ce n'était pas dans un élan de formation de quoi que ce soit. C'est ainsi.”*

4.2 Equipe

Ils considèrent leur université comme ressource mais comptent également sur leurs **maîtres de stage, collègues** et le réseau spécialisé. Les réunions pluri et multidisciplinaires sont appréciées et représentent un espace sécurisant où venir déposer ses difficultés. Le **soutien** des professionnels est recherché par les jeunes médecins généralistes qui aimeraient un contact et un travail rapproché avec le **réseau** spécialisé des violences conjugales.

- MG6 : *“Mes ressources... bon là j'ai la chance que sur ce lieu de stage, il y a beaucoup de médecins très chouettes et très ouverts aussi pour tout ce qui est relationnel. Donc je pense que là pour le coup dans cette équipe je me sens hyper à l'aise. Et ça, c'est une ressource.”*

- MG5 : *“Je pense qu'il faut discuter, surtout ouvrir la discussion avec les autres collègues, le maître de stage, il faut avoir un accompagnement. Il y a aussi le poids des spécialistes.”*
- MG7 : *“Donc ça c'est important évidemment de travailler en équipe et de connaître son réseau.”*
- MG8 : *“Et donc du coup, effectivement, avoir le soutien de professionnels qui sont eux aussi capables d'entendre ce genre de choses, je pense que c'est important.”*
- MG1 : *“Je me suis toujours sentie aiguillée, écoutée, aidée surtout. Donc pas trop seule. Mais parce qu'on était une grosse équipe, avec des gens sensibles, avec des gens formés, et cetera. Et qu'on prenait vraiment le temps de prendre en charge ces patients-là.”*
- MG6 : *“Oui, je pense que le plus utile, moi ce qui m'a sauvé, c'est ça et il y a le réseau aussi. Parce que c'est vrai que parfois, moi je n'y pensais pas au début. Je me disais comment je vais gérer toute seule, mais en fait quand tu te dis qu'il y a un réseau bien développé pour tout ce qui psychosocial, c'est rassurant.”*

Tous les médecins interrogés trouvent les **informations** concernant les violences conjugales accessibles et disponibles. Ils privilégient tous Internet en raison de la facilité d'obtention des données. Cependant, deux médecins ont du mal à chercher cette information car ils ne connaissent pas les **organismes existants**.

- MG10 : *« Bah écoute, là je vais un petit peu botter en touche dans le sens où je ne sais pas vraiment quelles ressources sont disponibles. Dans le sens où, comment est-ce que je pourrais reformuler ça ? Dans le sens où je dire moi j'ai toujours fait appel plutôt à quelqu'un qui m'a aidé. Par exemple, si je devais trouver la réponse, là, moi tout seul, je ne sais pas trop où j'irai chercher l'info. Voilà je ne sais pas trop ou alors si tu peux me donner des exemples de ressources qui sont mises à nos dispositions. »*
- MG2 : *« Bah je t'avoue que je n'en ai pas tellement connaissance. J'aurais du mal à avoir un avis dessus. S'il y en a, elles sont peut-être du coup pas suffisamment mises en avant puisque je n'ai jamais tellement réussi... Je ne veux pas dire, que j'ai cherché tout internet pour trouver. Mais dans mes quelques recherches, je ne suis pas tombée sur une structure. Mais ce n'est pas, je pense que ce n'est pas suffisamment mis en avant en tout cas, ça c'est sûr. »*

La **distribution** des informations dédiées aux patients n'est pas égale chez les médecins interrogés. Cinq médecins interrogés déclarent ne pas avoir d'informations sur les violences conjugales au cabinet. Un des médecins interrogés rappelle l'importance de la relation de confiance pour permettre selon lui l'effet de cet outil de prévention sur le patient.

- MG5 : « Non, il n'y a pas de brochure, il n'y a d'affiche. Il n'y a pas tout ça. Comme je disais, on peut parler de tout et de rien, il n'y a pas de tabou. C'est ça le souci, c'est qu'il n'y a pas de perche. Donc, si quelqu'un veut en parler spontanément, c'est difficile, je pense. »
- MG2 : « Honnêtement, on n'a rien. Enfin, je n'ai rien à distribuer là-dessus. Enfin, par exemple, sur une des patientes, donc c'est celle que j'ai déjà suivie depuis quelques temps, elle continue d'avoir régulièrement des pensées suicidaires avec une élaboration du passage à l'acte. Et je vois que même là-dessus, on n'a pas de documentation, on n'a pas les petits dépliant avec les numéros d'appel de SOS suicide et cetera. »
- MG6 : « C'est vrai que ça c'est un bon point, la salle d'attente et le cabinet. Ouais, ça on nous en parle aussi souvent dans les cours mais c'est vrai que pour le coup je n'ai pas fait gaffe à ça. Donc je ne sais pas trop. Enfin oui, il y a des affiches dans les toilettes sur la violence intrafamiliale. Parce que oui, effectivement, c'est bien de le mettre, mais après c'est un peu ce dont on parlait tout à l'heure, ça reste basé sur la relation confiance, la détection, la perception du message. »
- MG7 : « J'ai les affiches, oui, j'ai reçu des affiches, je ne sais plus de qui. Voilà, c'était SOS viol ou SOS violence. Alors je le mets juste en face de ma table d'examen. Comme ça, quand ils se mettent sur la table, ils la voient directement. Ouais non, j'essaye de montrer aux patients effectivement il n'y a pas de souci pour en parler. »

Pour la majorité des médecins interrogés, les maîtres de stage et les collègues sont disponibles pour discuter de sujets complexes et sensibles, comme la thématique des violences conjugales. Cependant, seuls deux médecins rapportent que leurs collègues ou maîtres de stage sont formés à la détection précoce des violences conjugales.

- MG7 : « Mes collègues, mon collègue ça c'est sûr. Même si voilà ce n'est pas forcément un sujet qu'il le botte, non ce n'est pas vraiment ça que je veux dire mais je ne pense pas qu'il va faire du dépistage, et cetera. Je vais aller vers lui pour qu'il soit au courant de la situation. Parce qu'on en discute enfin, on partage les mêmes patients, même s'il y a le secret professionnel, je pense que c'est important qu'il le sache. »
- MG3 : « Ça dépend, j'ai été dans différent lieux de stage et j'avoue que la qualité n'est pas toujours top. Franchement, la majorité du temps, je préfère faire des recherches moi-même. Mais allez, quand ce sont des cas vraiment qui requiert quand même de l'expérience, quand ce sont des cas bien spécifiques, je préfère quand même demander l'avis, même si...(hésitante). Après là où je suis actuellement, mon maître de stage je trouve qu'il est assez calé. »
- MG6 : « Oui, sur ce lieu de stage il y a beaucoup d'espace pour parler de tout ça donc il n'y a pas de problème. Après eux ne sont pas formés, encore une fois pour nous expliquer toutes les

subtilités de la relation, comment communiquer. Chacun a un peu sa façon de faire. Mais je pense que ça ne doit pas être à nos maîtres de stage d'enseigner. »

- MG10 : *« Alors je vais dire que dans l'ensemble je les trouve très disponibles. Alors voilà, parfois peut-être pas autant que je le souhaiterais mais j'ai toujours une oreille. J'ai toujours une réponse à ma question, donc ça c'est très chouette. Et j'avoue ne pas toujours être en accord avec la réponse donnée mais c'est encore autre chose. C'est vrai que parfois on a des opinions différentes. Mais on peut toujours en discuter et il y a un vrai échange. Donc ça c'est vrai que c'est très agréable. »*

Discussion

Au terme de cette analyse, je perçois différents besoins de formations. Les résultats de l'étude mettent également en lumière différentes pistes de recherche concernant la formation à la détection précoce des violences conjugales.

1. Forces de l'étude

1.1 L'originalité du travail

Le travail réalisé explore les opinions, ressentis et expériences de jeunes médecins sur le terrain, confrontés à la gestion de la violence conjugale. Lors de ma recherche bibliographique sur le sujet de la détection précoce, je n'ai pas trouvé d'étude belge similaire à la mienne. Je n'exclus cependant pas la présence potentielle d'un mémoire ou travail de fin d'études d'un collègue qui pourrait porter sur le même sujet.

1.2 L'échantillon

L'étude qualitative a été réalisée auprès de 10 médecins généralistes. L'entretien de 10 médecins a pu donner naissance à un corpus d'information dense mais riche qui a permis l'évocation de nombreux thèmes. Il y a autant de médecins pratiquant en région wallonne qu'en région bruxelloise. L'aspect géographique des pratiques est aussi très varié : rurale, semi-rurale, urbaine. Tout comme le type de pratique dont sont issus les sujets de l'étude.

1.3 Le type d'étude

Le type d'étude qualitative a été bien choisi pour ce travail. Comme expliqué dans la partie méthode, c'est le type de recherche qui s'applique le mieux aux objectifs soulevés par le questionnaire de recherche. Les entretiens semi-dirigés ont permis aux jeunes médecins de donner leurs opinions en toute confiance ainsi que de pouvoir dévoiler librement leurs émotions.

1.4 Les résultats

En raison d'un corpus riche et intéressant, les résultats ont permis de mettre en évidence de nombreux points de discussion. L'étude a répondu aux objectifs de recherche et pourra, je l'espère, être exploitée comme ressource à l'avenir.

1.5 La validité interne et externe

Je pense que la validité interne du travail est plutôt bonne en raison des ressources bibliographiques intéressantes que j'ai pu trouver pour ma discussion. La validation externe est également bonne car mon étude a répondu aux objectifs fixés par ma question de recherches et a, en plus, permis de faire émerger des pistes pour l'avenir (cf. point précédent).

2. Faiblesses

2.1 Les biais de sélection

Malgré un nombre suffisant de réponse de la part des potentiels sujets de l'étude, seuls 2 hommes ont répondu à l'invitation de participation à l'étude. Un seul correspondait aux critères de l'étude et y a donc été intégré. Le fait qu'il n'y ait quasi que des femmes dans l'échantillon de cette étude portant sur une problématique genrée doit être souligné comme biais potentiel. Ce biais s'inscrit également dans une féminisation de la médecine générale, mais ne l'explique évidemment pas en totalité. L'échantillon n'est pas parfait, notamment au niveau de la variété de la population des jeunes médecins généralistes de l'étude. Il aurait été préférable d'avoir une quasi-parité entre les médecins encore assistants et les médecins agréés.

2.2 Les entretiens à distance

Un autre biais à relever est la réalisation des entretiens par vidéoconférence. Cette contrainte organisationnelle peut également avoir joué un rôle sur la qualité des réponses des participants. Un seul médecin a été rencontré en cabinet médical.

2.3 L'analyse qualitative thématique

Même si je suis satisfaite du travail réalisé, je tiens malgré tout à souligner la possible faiblesse de mon analyse thématique. En effet, il s'agit de mon premier exercice avec ce type d'analyse que je ne maîtrise pas. J'ai essayé d'être rigoureuse dans la réalisation de cette méthode d'analyse en me basant sur les ressources bibliographiques qui étaient à ma disposition. Cependant, il est probable que certains détails de l'analyse n'aient pas été réalisés à la perfection.

2.4 Les biais d'interprétation

Les biais d'interprétation doivent toujours être étudiés en cas d'analyse qualitative comme mon étude étant donné la position occupée par le chercheur. J'ai réalisé les entretiens et j'ai également été la seule analyste de cette étude. En tant que médecin de genre féminin et féministe, j'ai peut-être par

moment orienté l'interprétation des données dans une direction plus personnelle. J'ai essayé de faire mon maximum pour que mes opinions personnelles n'interfèrent pas avec l'analyse des données.

2.5 La saturation interne

Je ne peux affirmer que la saturation de données ait été atteinte car je me suis rendu compte après réalisation des premiers entretiens qu'une question n'avait pas été mentionnée au sujet des deux premiers entretiens.

3. Interprétation et confrontation à la littérature

Un mot qui me revient sans cesse à l'esprit lors de la lecture du rapport final est le suivant : « **lien** ». Les jeunes médecins généralistes attachent de l'importance au lien qu'ils ont avec leurs patients, leurs collègues et leur université. Ces liens sont présents avec leurs proches et avec eux-mêmes. Ils expriment les différents aspects de ces liens de façon explicite mais aussi implicite au travers des difficultés qu'ils rencontrent dans la détection précoce des violences conjugales.

Les jeunes médecins généralistes sont unanimes concernant leur formation. Ils n'ont pas l'impression d'avoir été correctement équipés pour affronter la situation des violences conjugales. Les types de cours que les jeunes médecins proposent, reflètent assez bien les différentes zones d'ombres de la détection précoce qu'ils aimeraient améliorer. Ils cherchent à avoir des mises en situation, des témoignages, des parcours de patients. Ces différents exercices permettent de simuler un lien thérapeutique fictif et de pouvoir le tester sans risque de rupture ni de perte de suivi. Ces exercices permettent d'ouvrir un espace de parole clinique où les jeunes médecins vont pouvoir prendre la place tantôt du patient, tantôt la leur pour comprendre les subtilités de la relation. Cette relation qui peut parfois paraître difficile à créer, à maintenir ou à renforcer au vu du statut « jeune » du prestataire de soins. Le jeune médecin dit ne pas se sentir légitime de poser les questions, de toucher à ce thème. Peut-être que derrière ce sentiment, se trouve de nouveau la peur de briser un lien thérapeutique qui serait à peine instauré. Cette observation est surtout faite chez les assistants, qui ont l'habitude de changer régulièrement de lieu de stage. Cependant, cette importance du lien ne devrait pas empêcher les jeunes médecins de détecter des faits de violence. L'apprentissage des techniques de communication pourrait leur permettre d'approcher la détection avec plus de confiance.

Le statut de jeune médecin le laisse parfois en proie aux doutes. Il peut aussi se retenir de saisir la perche que le patient lui tend en raison de ses lacunes également concernant la prise en charge des violences que va faire surgir la détection. Le jeune médecin possède les bons réflexes face à une révélation spontanée. Il veut accueillir avec bienveillance et mettre en sécurité la patiente en danger. Il cherche à conserver le lien. Parfois, il n'agit pas de façon adéquate car il se trompe de rôle et cherche à sauver sa patiente. Les aspects juridiques de la violence peuvent constituer un défi, ils réveillent la

responsabilité déontologique du médecin. Plutôt que de « sauver » la patiente, il a d'autres tâches qu'il doit remplir. Elles peuvent paraître un peu complexes pour le jeune médecin qui, encore une fois, ne se sent pas outillé. Mais, il existe des ressources pour l'épauler dans cette démarche comme le manuel relatif au code de signalement de victimes de violences, réalisé par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes en collaboration avec l'Ordre des médecins (23). Ce guide reprend quelques éléments de la détection précoce mais son propos se concentre sur versant déontologique de la prise en charge des violences conjugales. Il offre aux jeunes médecins un condensé des articles à connaître en lien avec la prise en charge des violences conjugales. Il procure notamment les détails de la rédaction correcte d'un certificat de coups et blessures. De nombreuses ressources sont disponibles pour assister le jeune médecin, que ce soit sur la détection précoce ou sur la prise en charge des violences conjugales. Différents organismes proposent des formations complémentaires : les jeunes médecins citent très souvent la SSMG au cours des entretiens. Cependant, ils n'ont pas une vision claire du réseau et la distribution de l'information ne semble pas optimale. Plusieurs médecins n'ont, par exemple, pas d'affiche ni d'informations dans leur cabinet. Pourtant, les jeunes médecins se disent connectés et trouvent les informations accessibles. Ce qui semble manquer, c'est le lien entre ses informations et leurs ressources fiables, personnelles. Les jeunes médecins aiment faire appel à leurs collègues pour cette thématique. Ils cherchent un soutien au travers du partage de situations, recherchent un lieu où ils se sentent à l'aise pour pouvoir y déposer leurs doutes. L'université reste la référence en début de carrière. Elle ouvre le chemin de la formation continue. Son implication semble donc importante pour sensibiliser les médecins au thème des violences et leur offrir la première partie essentielle de cette formation. L'université représenterait aussi, au travers de ses cours ou journées, un lien entre le réseau spécialisé et les jeunes médecins. Elle offre un lieu de rencontre et aide à instaurer une relation entre les différents acteurs du terrain.

En effet, les jeunes médecins expriment un désir d'accompagnement et de soutien à la détection par les professionnels du réseau spécialisé, mais également par leurs pairs. L'université, les réunions d'équipes, les lignes d'écoutes aux professionnels, représentent des connexions, des espaces où les médecins peuvent se décharger de situations qu'ils jugent trop complexes. Les difficultés de la gestion des violences dépassent parfois le cadre professionnel. Il ne faut pas minimiser l'impact de la violence sur les médecins. Comme observé dans l'étude, la violence peut générer des émotions, des pensées, des sentiments qui vont perturber la consultation. La violence conjugale va confronter le médecin à ses limites, questionner ses croyances, ses valeurs, son genre. Comment détecter la violence chez les hommes si notre regard est biaisé ? Comment considérer l'auteur(e) comme un patient comme les autres ? Ces sentiments perturbent les capacités du médecin et mettent son empathie à rude épreuve (24). La reconnaissance de ces mécanismes est indispensable afin que le médecin puisse

évaluer correctement la situation du patient (25), mais également pour qu'il puisse faire son introspection. Le jeune médecin doit être capable de se rendre compte des pensées qui peuvent avoir un impact sur son comportement et sa motivation à vouloir dépister les violences (25). L'approche de la violence par le médecin généraliste est décrite dans une fiche ressource du SPF (25). Cette approche est déterminée par quatre facteurs :

- L'attitude du médecin
- L'évaluation des expériences du patient
- Les compétences disponibles
- L'attitude professionnelle : la partialité multiple
- L'effet recherché et le profil de la fonction

Le médecin généraliste réagit différemment à chaque consultation de patients. Le SPF propose dans son annexe, un cycle d'approche à mettre en place afin de pouvoir analyser et orienter correctement son interprétation de la situation du patient victime ou auteur des violences. Le médecin ayant un meilleur jugement de la situation, peut alors prendre une décision adéquate pour le patient et pour lui-même. L'empathie est une compétence du médecin qui sous-tend cette prise de décision : *« Le pouvoir empathique permet au médecin de se déplacer dans l'univers mental du patient : il reconnaît la façon dont le patient manie la situation. Ceci témoigne du respect pour l'individu du patient, ce qui peut résulter en une relation de confiance qui permet au patient de raconter l'histoire réelle. »* (25)

Comme expérimenté par une collègue de l'étude, le médecin généraliste peut être le soignant à la fois de la victime et de l'auteur. Il doit être capable d'empathie pour ses patients tout en faisant attention à ce que cette prise en charge va générer en lui : *« La partialité multiple du thérapeute exige qu'il prête attention au vécu de tout le monde, lui-même y compris. Par la partialité multiple, il concrétise sa place en tant que thérapeute pour le patient et son entourage. Cette approche donne au thérapeute la possibilité de se concentrer sur ce qui est nécessaire. La partialité multiple aide à se délimiter en tant que thérapeute, à être conscient de ses responsabilités et de la déontologie thérapeutique. Elle me donne l'atout à ne pas me laisser emporter par l'appel du patient. »* (25)

Analyser la relation patient-médecin avec des professionnels permettrait aussi l'abord des transferts possibles au sein de cette relation médicale. *« Le processus de reconnaissance d'une agression chez le médecin lui-même, peut éviter qu'il soit saisi par une sorte de honte 'intermédiaire' et qu'il y ait question de contre-transmission : à ce moment il est à la proie de réactions émotionnelles qui compliquent une approche paisible. »* (25)

Une approche psycho-analyste du jeune médecin serait intéressante pour tenter de détecter des techniques de défenses(26) ou encore des contre-transferts vis-à-vis des auteurs(24) par exemple. En

effet, dans son livre consacré à la prise en charge des auteurs, Harrassi.S parle notamment des émotions qui peuvent bloquer les médecins généralistes lors d'une consultation avec un patient auteur de violence. Elle décrit un état de sidération pouvant être provoqué par de l'angoisse ou encore de la consternation vis-à-vis des faits commis. Il faut que le médecin soit capable de dépasser cet état pour éviter des situations psychologiques inhabituelles pour le médecin : *« L'accompagnement de ces problématiques exige de dépasser l'effroi et la sidération pour établir une compréhension des enjeux psychiques qui les sous-tendent. Car l'extrême entraîne le clinicien dans des expériences contre-transférentielles intenses, hors de son expérience clinique habituelle. C'est pourquoi, la pratique clinique, en ces situations de violence ultime, requiert un travail de liaison et de réflexion entre professionnels, équipes de recherche, un partage d'expériences avec d'autres cliniciens/chercheurs, mais également une supervision clinique. » (24)*

Oser poser une question, c'est savoir ce que l'on va proposer par la suite et affronter ce que la réponse du patient va générer en nous. Si le médecin n'est pas préparé à l'éventualité d'une réponse, il risque de modifier sa prise en charge, perturbé par ses pensées personnelles internes. La compréhension de ses propres mécanismes psychologiques et émotionnels permet d'acquérir une capacité d'identification de ses difficultés. Les jeunes médecins, de par leur statut et leur horaire de travail, peuvent représenter un groupe à risque d'épuisement professionnel(27). La détection de violence peut représenter *« une boîte de Pandore »* que l'on ne veut pas ouvrir, comme l'a dit un collègue lors de l'interview. Les émotions et pensées négatives peuvent créer une charge mentale supplémentaire. Il apparaît important que le médecin surveille sa propre santé mentale (28) et détecte rapidement les effets de la gestion des violences sur sa personne. Le RACGP australien a publié en 2022, une nouvelle version de leur guideline concernant les violences conjugales. Il y décrit plus en détail la prise en charge recommandée des médecins généralistes, contrairement à sa quatrième édition citée plus haut dans le travail. Plusieurs impacts des violences sur les médecins généralistes y sont décrits et peuvent être mis en relation avec les émotions rapportées par les médecins généralistes de mon étude. En effet, les jeunes médecins, déjà soumis à des sentiments forts générés par la détection précoce, pourraient subir les conséquences relatées dans le guide de bonne pratique australien. Les impacts soulevés par la RAGCP sont les suivant :

- Le stress et le burn out. En dehors des effets sur la vie personnelle du médecin (le rapport parle notamment de risque de consommation de substance par le médecin en de burn-out), le stress et le burn-out pourrait mener à une diminution de la qualité des soins voire des erreurs médicales.

- « Le traumatisme vicariant ». Il est comparé au syndrome post traumatique. Il est décrit chez des médecins qui prennent en charge des patients victimes de violences. Sa présentation symptomatique est large et comprend notamment le burn-out.
- « La fatigue de la compassion ». La fatigue de la compassion consiste en un épuisement progressif en raison de la gestion des cas de violences. Elle affecte la capacité émotionnelle des médecins ainsi que leur empathie.

Le guide de bonnes pratiques australien propose aussi le « *modèle ABC : Awareness, Balance and Connexion* » comme un outil de bien-être du médecin. « *Il permet aux professionnels de santé d'explorer leurs problèmes, à la fois personnels et professionnels, et d'y trouver une solution* ». Le modèle conseille par exemple, en cas de problème de connexion professionnelle, de rejoindre un groupe de parole Balint (28). En Belgique, il existe des structures pour venir en aide aux médecins comme MG Care ou encore la cellule *médecins en difficulté*. Elles ne semblent cependant pas être connues de tous et gagneraient à être associées aux aides pour les médecins gestionnaires de cas de violences conjugales.

Certains besoins identifiés depuis les difficultés des jeunes médecins font écho aux barrières à la détection précoce mises en évidence dans la littérature. Une revue de littérature récente se concentrant sur l'exploration des barrières personnels des soignants à la détection précoce, met en évidence plusieurs éléments qui reviennent durant mon étude (29). Les auteurs de cet article ont cherché à analyser l'aspect plus personnel des barrières qui empêchent les médecins généralistes de détecter les violences conjugales en cabinet. Dans l'étude de Tarzia L. et al, (29) une analyse d'études qualitatives a été réalisée afin de porter l'accent sur les opinions, les ressentis, les émotions et les expériences vécues par les patients des études réalisées. Les sujets des études sélectionnées faisaient partie de la première ligne. Après recueil des données, une analyse thématique a été réalisée par les chercheurs et à identifier trois catégories ou thèmes suivants :

- « *Je ne peux interférer* »,
- « *Je n'ai pas de contrôle* »
- « *Je ne prendrai pas de responsabilité* »

Aucune de ces catégories ne fait directement référence à des besoins identifiés lors de mon étude, mais en analysant les sous-rubriques, j'ai retrouvé trois thèmes qui correspondent à certaines notions rapportées par les sujets de mon étude. En effet, l'analyse de l'étude rapporte les thèmes de la frustration de la prise en charge, la peur de briser le lien thérapeutique et la peur de l'impact personnel des violences sur les médecins généralistes(29). Les chercheurs insistent sur l'importance d'aborder ces sujets lors des formations des médecins à la gestion des violences conjugales.

Les jeunes médecins généralistes demandent des notions théoriques précises dans les résultats. Dans la littérature, le type de cours et son contenu n'est pas clairement défini, probablement en raison du grand nombre de variation intra-cursus à l'instar de ce que l'on peut constater dans les curricula des universités francophones. Une étude australienne réalisée en 2022 s'est penchée sur la formation aux violences conjugales, fournie par les universités australiennes (30). Cette analyse transversale avait pour but de décrire la formation mais aussi d'identifier de possibles barrières à sa réalisation. L'étude correspond à une suite de la même étude réalisée en 2010. L'intérêt des auteurs est également d'observer une quelconque évolution dans la formation aux violences. L'étude rapporte dans ses résultats, l'existence de cours qui diffèrent au point de vue de contenus et de méthodes d'enseignement. La formation, de préférence interactive et de longue durée, apparaît comme bénéfique pour améliorer l'attitude des jeunes médecins envers la thématique des violences(30).

L'étude qualitative que j'ai réalisée, ouvre une porte intéressante sur l'importance d'associer un versant introspectif concernant le soignant dans sa formation à la détection précoce des violences conjugales pour aider le jeune médecin à se remettre en question et minimiser l'impact de la thématique des violences sur sa personne. Une exploration des biais de genres serait également importante afin de permettre une ouverture et prise de conscience de la place de l'homme dans les violences conjugales, qu'il soit victime ou auteur. Toutes ces pistes devraient être explorées par des recherches qualitatives et quantitatives belges centrées sur la comparaison des formations des universités francophones, un état des lieux des connaissances des médecins généralistes ou encore l'utilisation du réseau spécialisé par les jeunes médecins généralistes.

Conclusions

Les besoins en formation des jeunes médecins généralistes francophones témoignent de l'importance du travail en réseau, l'importance d'un accompagnement dans la détection précoce des violences conjugales. Les notions théoriques devraient pouvoir répondre à la complexité de la thématique et de ce qu'elle génère chez les médecins généralistes. Les jeunes médecins généralistes ont besoins de cours qui leur permet une introspection et une remise en question de leur mécanismes psychiques vis-à-vis de la violence. Ils ont besoins de soutien personnel et professionnel.

Une meilleure distribution de l'information est essentielle pour permettre aux jeunes médecins de se former et de créer un lien avec le réseau. Les jeunes médecins sont volontaires et disponibles pour participer à la détection de la violence, mais elle ne doit pas être faite à n'importe quel prix. Le jeune médecin a besoin d'armes et de zones refuges pour pouvoir détecter la violence, l'affronter et ensuite la référer correctement, le tout sans que ça ne le surcharger davantage. Etant

formé, soutenu et écouté, il pourra ainsi initier et poursuivre une détection essentielle à l'amélioration progressive d'un problème de santé important.

Bibliographie

1. - Cedh E. Convention européenne des droits de l'homme [Internet]. Available from: www.conventions.coe.int.
2. Organisation Mondiale de la santé. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 28]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Organisation Mondiale de le Santé. Violence à l'égard des femmes, estimations pour 2018 : estimations mondiales, régionales et nationales de la prévalence de la violence à l'égard des femmes exercée par un partenaire intime et estimations de la prévalence mondiale et régionale de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. Résumé d'orientation. Genève; 2021.
4. Amnesty International. Violences Conjugales- Chiffres sur la violence conjugale [Internet]. [cited 2023 Jan 28]. Available from: <https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/les-violences-conjugales/article/chiffres-violence-conjugale>
5. Debnam KJ, Johnson SL, Colomé S, Bran J v., Upadhya KK. The Impact of Adolescent Dating Violence Training for Primary Care Providers. *Journal of Pediatric Health Care*. 2018 Mar 1;32(2):e19–26.
6. P-I T, M R, A-m O. Mon patient est-il concerné par les violences intrafamiliales ? Comment détecter précocement ? *Revue Médicale de Bruxelles* . 2019;40:378–85.
7. Société Scientifique de Médecine Générale. Guide de Pratique Clinique DÉTECTION DES VIOLENCES CONJUGALES. 2018.
8. Offermans AM. Violences au sein du couple : les enfants en souffrance. Référentiel à destination des professionnels de santé. Comment détecter ? Comment accompagner ? Comment orienter ? 2017.
9. H S, M R, A-m O. Violences intrafamiliales, portes d'entrée pour la pratique clinique. *Revue Médicale de Bruxelles* . 2019;40:369–77.
10. Eige. The costs of gender-based violence in the European Union European Institute for Gender Equality. 2021; Available from: <http://eurogender.eige.europa.eu>
11. Eige. Mesure du féminicide en Belgique [Internet]. 2021. Available from: <https://eige.europa.eu/gender-statistics/dgs/browse/>
12. Université Catholique de Louvain. Catalogue des formations 2022-2023 Master en médecine [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 29]. Available from: <https://uclouvain.be/prog-2022-md2m-programme>
13. Université Catholique de Louvain. Catalogue des formations 2022-2023 Bachelier en médecine [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 29]. Available from: https://uclouvain.be/prog-2022-md1ba-programme_annual_blocks
14. Université Libre de Bruxelles. Bachelier en Médecine [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 10]. Available from: <https://www.ulb.be/fr/programme/ba-medi#programme>

15. Or B, Pr T, Cr A. Vue cycle du programme des cours [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://www.programmes.uliege.be/cocoon/20222023/programmes/M1MEDE01_C.html
16. Or B, Pr T, Cr A. Vue cycle du programme des cours [Internet]. Liège; 2022 [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://www.programmes.uliege.be/cocoon/20222023/programmes/M2UMED01_C.html
17. Organization WHealth. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women : WHO Clinical and Policy Guidelines. World Health Organization; 2013. 65 p.
18. AVIQ. Plan Intrafrancophone de lutte contre les violences intrafamiliales et basées sur le genre [Internet]. [cited 2023 Apr 19]. Available from: <https://www.aviq.be/fr/sensibilisation-et-promotion/promotion-de-la-sante/lutte-contre-les-violences>
19. stopviolence.brussels. Plan bruxellois de lutte contre les violences faites aux femmes. Bruxelles; 2019.
20. Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. 2011 Apr.
21. WONCA. Young doctors' movements news-December 2017 [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 31]. Available from: <https://www.globalfamilydoctor.com/news/ydmdec17.aspx>
22. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse thématique. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin; 2003. p. 161–231.
23. l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. MANUEL RELATIF AU CODE DE SIGNALEMENT DES VIOLENCES CONJUGALES [Internet]. 2021. Available from: <https://igvm-iefh.belgium.be/fr>
24. Harrati S. Réflexion clinique sur les enjeux du cadre dans le suivi des auteurs de violence conjugale. In: Le cadre clinique et institutionnel du psychologue. Érès; 2022. p. 167–85.
25. Service Public Fédéral. Violences familiales : Annexe Approche de la Violence conjugale [Internet]. [cited 2023 Apr 23]. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/violences-familiales-annexe-approche-de-la-violence-conjugale>
26. Société française de médecine générale. Fiche n°20 ELEMENTS PSYCHANALYTIQUES. (Internet). Consultée le 24 avril 2023. Disponible sur : <https://www.sfm.org/accueil/>
27. Carrieri D, Pearson M, Mattick K, Papoutsi C, Briscoe S, Wong G, et al. Interventions to minimise doctors' mental ill-health and its impacts on the workforce and patient care: the Care Under Pressure realist review. Health Services and Delivery Research. 2020 Apr;8(19):1–132.
28. Abuse and violence-Working with our patients in general practice.
29. Tarzia L, Cameron J, Watson J, Fiolet R, Baloch S, Robertson R, et al. Personal barriers to addressing intimate partner abuse: a qualitative meta-synthesis of healthcare practitioners' experiences. BMC Health Serv Res. 2021 Dec 1;21(1).
30. Baum A, Valpied J, Kuruppu J, Hegarty K. Intimate partner violence education in Australian medical schools: has anything changed? Aust N Z J Public Health. 2022 Apr 1;46(2):111–6.

