

QUE NOUS APPREND
L'EXPERIENCE DES MEDECINS
GENERALISTES SUR LEUR
COMPORTEMENT FACE A LA
DETECTION ET LA PRISE EN
CHARGE DE SITUATIONS DE
VIOLENCE CONJUGALE ?

Une étude qualitative par théorisation ancrée dans la
région de Namur

Cynthia Delli Santi

Master de spécialisation en Médecine Générale
Université Catholique de Louvain
Année académique 2020-2021

Promoteur: Dr. Samuel Poulain

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
ABREVIATIONS.....	4
RESUME.....	5
INTRODUCTION	6
METHODOLOGIE	9
a) <i>Choix de l'étude</i>	<i>9</i>
b) <i>Élaboration du guide d'entretien.....</i>	<i>9</i>
c) <i>Stratégie d'échantillonnage et recrutement</i>	<i>9</i>
d) <i>Déroulement de l'entretien</i>	<i>10</i>
e) <i>Rôle du chercheur</i>	<i>11</i>
f) <i>Analyse</i>	<i>11</i>
g) <i>Éthique</i>	<i>11</i>
RESULTATS	11
a) <i>Échantillon.....</i>	<i>11</i>
b) <i>Analyse</i>	<i>12</i>
CATEGORIE 1 : UN REGARD PORTE.....	12
<i>Les multiples identités de la violence</i>	<i>12</i>
<i>Profil : Tous concernés</i>	<i>13</i>
<i>Des coups qui valent cher</i>	<i>15</i>
<i>De temps en temps</i>	<i>15</i>
CATEGORIE 2 : LE PASSAGE A L'ACTION !	16
<i>MOI sur le terrain :</i>	<i>16</i>
<i>Décoder : Des yeux et des oreilles attentives</i>	<i>19</i>
<i>Sauter le pas</i>	<i>21</i>
<i>Une organisation à la carte</i>	<i>22</i>
CATEGORIE 3 : TOUT NE DEPEND PAS QUE DE MOI.....	22
<i>Passer à l'action mais pas seule :</i>	<i>22</i>
<i>Autonomiser la victime</i>	<i>23</i>
<i>Des outils qui libèrent</i>	<i>24</i>
<i>Des formations et un besoin de sensibilisation :</i>	<i>25</i>
CATEGORIE 4 : UN HORIZON LIMITE	26
<i>Freins liés aux soignants</i>	<i>27</i>
<i>Freins liés aux victimes :</i>	<i>29</i>
<i>Freins liés à l'organisation</i>	<i>31</i>
<i>Freins liés à l'auteur de violence</i>	<i>32</i>
DISCUSSION	33
I. LA DETECTION DES VIOLENCES CONJUGALES	33
a) <i>L'étape de détection :</i>	<i>33</i>
b) <i>Écouter et aborder la violence :</i>	<i>35</i>
II. LA PRISE EN CHARGE ET LE SUIVI :	36
a) <i>Référer : la connaissance d'un réseau :</i>	<i>36</i>
b) <i>L'évaluation de la dangerosité :</i>	<i>38</i>
c) <i>Le constat de coups et le dossier médical :</i>	<i>38</i>
III. PISTES EN REPONSE AUX FREINS AFIN D'AMELIORER LA PRATIQUE	39
a) <i>Formations et cursus universitaire pour améliorer les pratiques :</i>	<i>39</i>
b) <i>Les outils d'aide à la consultation pour soutenir les médecins généralistes :</i>	<i>39</i>
c) <i>Les flyers : une aide à la communication :</i>	<i>39</i>

d) <i>L'entretien motivationnel pour lutter contre les freins de la patiente :</i>	40
e) <i>La problématique du temps en consultation : Encourager une rémunération ?</i>	40
f) <i>La prise en charge de l'auteur nécessaire :</i>	41
g) <i>Le dépistage systématique :</i>	41
h) <i>Construire un réseau de soins de proximité :</i>	41
IV. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	42
V. PERSPECTIVES	42
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45

Remerciements

Je tiens à remercier les différentes personnes qui sont intervenues au cours de mon cursus et de la rédaction de ce travail.

Tout d'abord mon promoteur, le Dr. Samuel Poulain, pour son encadrement et son encouragement durant ce travail.

Je remercie également le Dr. Ségolène De Rouffignac pour ses précieux conseils et sa disponibilité tout au long de mes recherches.

Je tiens à remercier mes parents pour leur soutien apporté durant mon parcours universitaire ainsi que ma sœur, Celena, pour la relecture de ce travail.

Enfin, je remercie mon amie Cassandra, assistante en médecine, pour toutes ces années universitaires à se soutenir l'une et l'autre ainsi qu'à ses innombrables blocus passés en sa compagnie.

Abréviations

A.M.U.B : Association des Médecins anciens étudiants de l'Université Libre de Bruxelles

DMGULB : Département de Médecine Générale de l'Université Libre de Bruxelles

GEIMG : Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale

HAS : Haute Autorité de Santé

MESH : Medical Subject Heading

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

TFE : Travail de fin d'étude

M1 : Médecin 1 (entretien n°1)

M2 : Médecin 2 (entretien n°2)

M3 : Médecin 3 (entretien n°3)

M4 : Médecin 4 (entretien n°4)

M5 : Médecin 5 (entretien n°5)

M6 : Médecin 6 (entretien n°6)

M7 : Médecin 7 (entretien n°7)

QC22 : Santé de la femme

QC23 : Différence de sexe

QC51 : Violence basée sur le genre

QR6 : Avis d'expert

QR31 : Étude qualitative

QS41 : Médecin de famille

Résumé

Introduction : La violence conjugale est un problème de santé publique mondiale. Elle concerne les femmes, les hommes et depuis peu les enfants sont également considérés. Le médecin généraliste est impliqué dans la lutte contre la violence conjugale. Il m'a semblé pertinent de s'intéresser à leur expérience. L'objectif de ce TFE a pour but de déterminer l'expérience des médecins généralistes lors de la détection et la prise en charge de situations de violence conjugale. Cette étude met en évidence leur comportement tout en explorant les freins à la détection et la prise en charge, ainsi que les pistes de solutions envisageables.

Méthode : Pour répondre à cet objectif, cette étude a été menée au moyen d'une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs sur des médecins généralistes de la région de Namur, par le biais d'un guide d'entretien. Les résultats ont été obtenus par une analyse par théorisation ancrée.

Résultats : Les résultats obtenus ont pu mettre en évidence la représentation de la violence conjugale par le soignant, leur ressenti et leur expérience pratique vis-à-vis de la détection et de la prise en charge, ainsi que les freins et les besoins en lien avec leur pratique. Ces freins étaient en lien avec le soignant, la victime, l'organisation et/ou l'auteur de violence. Cette étude a permis de mettre en avant leur comportement et les pistes de solutions envisageables.

Conclusion : Les médecins généralistes s'appliquent face à la violence conjugale. Cependant, une sensibilisation est nécessaire, notamment face à la détection et l'orientation des victimes. Les aides disponibles telles que des guides de bonne pratique, des formations ainsi que des outils d'aide sont à prendre en compte. Ces pistes peuvent être une solution afin de permettre aux soignants de parfaire leur pratique.

Mots clés : violence conjugale, détection, prise en charge, dépistage, médecine générale, médecin généraliste.

Indexation Q-codes : QC22, QC23, QC51, QR6, QR31, QS41.

Introduction

La violence conjugale est un problème de santé publique largement répandue dans le monde. Récemment, la pandémie du Covid-19 a rappelé l'ampleur de cette problématique. Selon l'OMS, 30% des femmes déclarent avoir subi de la violence physique ou sexuelle d'un partenaire ou ex-partenaire (1). En Belgique, l'étude réalisée en 2013 par l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes indique que la violence conjugale est rapportée par 1,3 % de la population âgée de 18 à 74 ans, hommes et femmes confondus (2). Les violences verbales et psychiques sont fréquentes sans distinction de genre. Les violences physiques et sexuelles concernent majoritairement les femmes (2). Les enfants sont également considérés comme victimes depuis peu de temps (3). Les conséquences de ces violences sont néfastes et peuvent conduire à la mort de la victime (1).

Selon l'OMS, la violence conjugale est définie par « *tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), 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.* » (1).

Afin de protéger les victimes, essentiellement les femmes, des décisions politiques ont été prises en Belgique telles que le plan d'action national de 2015-2019 et l'adhésion de notre pays à la Convention d'Istanbul en 2016. Ces décisions ont pour but de lutter contre la violence conjugale et de former des professionnels de la santé (1).

Les médecins généralistes sont impliqués dans la réponse à la violence conjugale. En effet, il est souvent conseillé aux victimes de consulter leur médecin traitant en cas de recherche d'aide. De plus, les victimes sont plus disposées à se confier à leur médecin de famille en comparaison aux autres praticiens. La violence conjugale concerne une femme sur trois en salle de consultation (4).

Lors de mon assistantat, j'ai pu être confrontée à des victimes de violence conjugale et plus particulièrement des femmes. Je me suis interrogée sur l'existence éventuelle d'une ligne de conduite ainsi que le comportement qu'adopte mes confrères et consœurs face à cette problématique.

Suite à une journée informative, j'ai pris connaissance qu'il existait des recommandations sur le sujet. Malgré leur émergence, j'ai constaté que celles-ci n'étaient pas fréquemment connues des médecins généralistes.

Après une recherche de littérature, je me suis posé les questions suivantes : comment les médecins généralistes agissent-ils face à la problématique des violences conjugales sur le terrain ? Quel comportement adoptent-ils ? Ce comportement est-il en phase avec les recommandations ? Quels sont leur acquis ? Existe-t-il des limites à la détection, prise en charge, application des recommandations ? En effet, je n'ai pas trouvé d'étude de terrain en Belgique afin de répondre à ces interrogations. Les médecins généralistes étant des intervenants de première ligne face aux violences conjugales, j'ai estimé qu'il était pertinent de s'intéresser à leur expérience.

Le TFE aura pour objectif de déterminer l'expérience des médecins généralistes lors de la détection et la prise en charge de situations de violence conjugale, à l'aide d'une étude qualitative, réalisée au moyen d'entretiens semi-directifs basée sur un échantillon de médecins généralistes de la Région de Namur. Cette étude permettra de mettre en évidence leur comportement tout en explorant les freins à la détection et prise en charge, ainsi que les pistes de solutions envisageables.

Question de recherche : « Quelle est l'expérience des médecins généralistes face à la détection et la prise en charge de situations de violence conjugale ? »

Recherche de littérature

Une recherche bibliographique a été menée afin de réaliser cette étude. Les moteurs de recherche consultés sont « Pubmed », « Cochrane » et « Ebpracticenet ».

Les mots clés utilisés dans les moteurs de recherche sont basés sur les MESH :

- . « violence conjugale » « domestic violence » « intimate partner violence »
- . « détection » « detection »
- . « dépistage » « screening »
- . « Prise en charge » « management »
- . « médecin généraliste » « primary care physician » « physician »

. « médecine générale » « general practice »

Les MESH concernant le « médecin généraliste » n'ont pas été introduit dans Pubmed. Les MESH ont été associés avec les filtres QS41 et QC22 afin d'affiner la recherche.

Les critères d'inclusion, en ce qui concerne les moteurs de recherche, sont les suivants : les articles à partir des cinq dernières années, texte intégral en anglais et/ou français. Il y a une absence de critères d'exclusion.

Suite à cette recherche vingt articles ont été sélectionnés dont six provenant de Pubmed, un de Cochrane, un de Ebpracticenet. J'ai également consulté d'autres sources afin d'étoffer ma recherche notamment dans le but d'obtenir d'autres guidelines, en dehors de celui de la SSMG obtenue sur Ebpracticenet ainsi que des études dans le contexte Belge. Cette recherche a mené à la sélection de neuf autres références.

Les autres sources sont les suivantes :

- La SSMG
- Le HAS
- Le NICE
- L'OMS
- L'Institut de l'Égalité des Femmes et des Hommes
- La DMGULB
- L'A.M.U.B

Ma recherche de littérature concernant ma méthodologie repose sur le guide intitulé « *le guide de rédaction du TFE* » (5). Ma recherche se base également sur un article disponible et en lien avec celui-ci intitulé « *L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes* » ainsi qu'un cours sur les études qualitatives donné par le Dr. Ségolène de Rouffignac (6) (7).

Méthodologie

a) Choix de l'étude

Le choix de l'étude s'est porté sur la réalisation d'une étude qualitative. Ce choix a été guidé par ma question de recherche.

Cette étude qualitative a été menée au moyen d'entretiens individuels semi-directifs. Le guide comporte des thèmes préétablis abordés par une question ouverte et l'ordre d'apparition de ceux-ci étant modulable en fonction du déroulement de l'entretien. Ce choix m'a paru être le plus adéquat afin de permettre aux participants de s'exprimer avec une certaine liberté tout en respectant un cadre prédéfini.

b) Élaboration du guide d'entretien

L'élaboration du guide d'entretien s'est effectuée sur base d'une recherche de littérature, notamment le guide de bonne pratique de la SSMG (5), et dans le but de répondre à la question de recherche. Ce guide d'entretien comporte sept thèmes en lien avec l'expérience du médecin généraliste. Ces sept thèmes comprennent la connaissance, l'implication, la détection, la communication, la relation thérapeutique, la prise en charge et enfin l'avis sur les recommandations, outils d'aides, solutions. Chaque thème étant en lien avec une question ouverte et des questions de relance. (Annexe 1).

Le guide d'entretien a été, au préalable, testé sur une consœur afin de s'assurer de sa compréhension et pour permettre une familiarisation avec le guide.

c) Stratégie d'échantillonnage et recrutement

Le premier critère d'inclusion était d'être médecin généraliste exerçant dans la région de Namur. Le second critère était d'avoir rencontré au moins un cas de violence conjugale au cours de leur pratique.

Les médecins généralistes en formation étaient l'un des critères d'exclusion à cette étude.

Le recrutement a été dirigé sur plusieurs critères afin d'obtenir un échantillon varié. Les critères des participants sont le genre, l'âge, le nombre d'années de pratique, le type de pratique, le lieu de pratique et la formation de ceux-ci face à la violence conjugale.

J'ai contacté par courriel une quinzaine de médecins généralistes de la région namuroise. Le but étant d'obtenir au moins dix entretiens. Suite aux courriels, quatre médecins ont accepté de participer à mon étude et deux ont refusé par manque de temps. J'ai relancé mon recrutement, par téléphone, auprès des participants n'ayant pas répondu aux courriels. Suite à ces contacts téléphoniques, j'ai pu recruter six autres participants. Malheureusement, deux médecins n'ont pu me recevoir, l'un par le contexte de pandémie au Covid-19, l'autre pour raison personnelle. J'ai donc obtenu sept participants à mon étude. Après avoir obtenu l'accord des participants, le lieu ainsi que la date et l'heure ont été laissés au choix en fonction de leurs disponibilités.

Les informations transmises lors du recrutement par courriel ou téléphone étaient les suivantes :

- Mon identité : assistante de troisième année en médecine générale, en formation à l'UCLouvain.
- Le motif de contact : réalisation d'un travail de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de médecin généraliste.
- Les détails concernant mon travail de fin d'étude : sujet de l'étude, type d'étude, objectif de mon étude.
- Le déroulement de l'entretien : durée entre trente à quarante-cinq minutes, enregistrement, garantie d'anonymat, consentement, si possible en présentiel ou, dans le cas contraire, en vidéo-conférence étant donné la pandémie au Covid-19.
- Le critère de sélection : il faut avoir déjà été confronté, au moins, à un cas de violence conjugale.

d) Déroulement de l'entretien

Tous les entretiens se sont déroulés en présentiel, au cabinet des participants. Le sujet d'étude, l'objectif du travail de fin d'étude ainsi qu'une brève explication de la méthode d'investigation ont été réexposés. Les participants ont également été avertis que l'entretien était enregistré et qu'ils pouvaient demander au besoin à couper l'enregistrement à tout moment. L'anonymat avait été garanti grâce au formulaire de consentement (annexe 2).

Avant de lancer l'enregistrement, les critères permettant de dresser les différents profils ont été demandés. (voir résultats)

Les interviews ont été enregistrées par l'intermédiaire d'un dictaphone. Les entretiens étaient d'une durée, selon les participants, de trente-cinq à quarante-cinq minutes.

e) Rôle du chercheur

Le rôle du chercheur a été, en plus de l'élaboration du guide d'entretien, d'analyser et d'interpréter les données issues des interviews.

f) Analyse

Les sept entretiens ont été écoutés ainsi que retranscrits manuellement et intégralement à l'aide de la plateforme Otranscribe. Les entretiens ont, ensuite, été analysés, sur base des retranscriptions, par théorisation ancrée (6) (7).

Toutes les étapes ont été réalisées par le chercheur.

g) Éthique

L'objectif de ce TFE avait été soumis au comité d'éthique. Le GEIMG a jugé non nécessaire la soumission l'étude au comité d'éthique.

Résultats

a) Échantillon

Ce tableau reprend les profils des sept médecins interrogés lors de cette étude. Les entretiens semi-directifs ont duré entre trente à quarante-cinq minutes.

N° entretien	Genre	Age	Années de pratique	Type de pratique	Milieu de pratique	Former à la violence conjugale
N°1	Homme	37	12	Association	Semi-rurale	Non
N°2	Femme	29	3	Solo	Semi-rurale	Non
N°3	Femme	32	7	Association	Urbain	Non

N°4	Homme	50	24	Solo	Semi-rurale	Non
N°5	Femme	49	22	Association	Semi-rurale	Non
N°6	Femme	36	11	Association	Semi-rurale	Non
N°7	Homme	63	38	Solo	Semi-rurale	Non

b) Analyse

Après analyse des entretiens, par théorisation ancrée, quatre catégories ont émergé. Ces catégories sont le résultat d'une conversion d'un matériel brute en unité de sens.

Catégorie 1 : un regard porté

Cette catégorie, « un regard porté », représente la vision du médecin généraliste envers la violence conjugale. Elle permet d'explorer sa représentation sur les violences conjugales. Les quatre sous-catégories, comprennent les types de violence identifiés, les profils des victimes, la fréquence des violences conjugales et les conséquences, sont intitulées : « Les multiples identités de la violence », « profil : tous concernés », « de temps en temps », « des coups qui valent cher »

Les multiples identités de la violence

Les médecins généralistes associaient un ensemble de violence en lien avec la violence conjugale. Cette étude a révélé que la violence physique était la plus révélatrice pour les soignants par l'objectivité de celle-ci à l'égard des hématomes ou traces de coups. Cette association à la violence conjugale pouvait se marquer, également, par l'expérience de rédaction de constat de coups dans des contextes de violence physique durant leur pratique.

M3 : « euh ça m'évoque aussi les coups. Des constats de coups et blessures. »

M4 : « De la violence physique... »

M5 : « C'est des coups, des blessures »

Cependant, les médecins généralistes reconnaissaient que la violence physique n'était pas le type de violence qu'ils pensaient être la plus courante. La violence psychologique et la violence verbale ont été citées comme étant les plus fréquentes.

M2 : « Je pense qu'il y a beaucoup de violences. Je crois qu'il y a plus de violence euh...comment dire...psychique. Donc euh c'est pas forcément des choses qui peuvent se voir.. »

M3 : « mais aussi de la violence verbale. Donc voilà pas juste des coups »

M6 : « Je pense que c'est plus fréquent que ce que l'on pense. Surtout au niveau des violences psychologiques. »

En dehors de ces types de violences, les soignants reconnaissaient l'existence d'une autre forme de violence qualifiée de violence économique.

M1 : « On pourrait imaginer les "sous". Par exemple que le mari contrôle l'argent...pas de revenu par exemple, ou le mari qui gère tout...tout l'aspect financier. On pourrait imaginer aussi que cela soit une forme de violence. »

Profil : Tous concernés

Après l'analyse des interviews, il ressort que les médecins associaient la violence conjugale à la violence d'un homme sur une femme. Cette représentation était définie comme un rapport de domination du plus fort sur le plus faible.

De plus, le terme « patiente » avaient souvent été cité lors des interviews pour désigner les victimes de violences.

M2 : « ben...je pense que les femmes sont plus à risque du moins pour la violence physique car les femmes sont censées être plus fragiles, plus frêles, plus petites que les hommes donc...hum...elle pourraient moins se défendre. Physiquement en tout cas »

M3 : « Pour moi les violences conjugales ça m'évoque surtout euh..la femme victime de violence conjugale de la part de son mari ou compagnon. »

Cependant, les médecins admettaient que la violence exercée par une femme envers un homme existait mais que cette violence était peu fréquente allant jusqu'à jamais rencontrée par les

praticiens. De plus, ce rapport inversé pouvait-être marquant pour les soignants par l'effet de surprise qu'engendre l'homme en position de victime.

M2 : « Honnêtement euh..le premier cas de violence conjugale et je pense que c'est le seul que j'ai eu en face de moi c'était un homme! Il se plaignait d'être battu par sa femme et voilà.. J'ai été surprise surtout que c'est un homme ! »

M4 : « Et oui je sais que parfois ça touche aussi les hommes mais ça ça c'est encore plus rare je pense. »

M5 : « enfin c'est souvent des dames maintenant ça arrive aussi aux hommes. »

M7 : « Parfois c'est possible que ce soit des femmes qui exercent de la violence même si c'est plus rare. »

Les enfants, quant à eux, avaient été décrits comme étant des victimes collatérales de la violence conjugale.

M3 : « Je pense que les violences conjugales peuvent avoir une répercussion sur le développement de l'enfant. Enfin voilà. »

M6 : « Et aussi son gamin de trois ans maintenant va lui dire "maman tu pleures encore à cause de papa, pourquoi tu pleures". Donc voilà une ambiance assez triste. »

M7 : « Et aussi parfois les enfants payent les pots cassés. »

Les entretiens ont également révélé l'absence d'un milieu social unique pouvant être un siège privilégié de violence conjugale. En effet, les médecins estimaient que tous les milieux sociaux étaient concernés malgré que la violence conjugale puisse être plus présente dans les milieux dit défavorisés.

M1 : « Pas toujours dans les milieux qu'on pense, pas toujours les milieux défavorisés. Il faut penser à tout le monde. »

M4 : « Non je pense que ça peut toucher toutes les femmes. Qu'elles soient des beaux quartiers ou non comme on dit »

M5 : « Non je ne crois pas mais je pense que d'office il y a plus de violence dans les milieux pauvres. »

Cependant d'autres facteurs de risque avaient été identifiés tels que l'exposition aux violences dans le passé, notamment pendant l'enfance ainsi qu'une association entre l'auteur dit alcoolique et la victime.

M7 : « Souvent la violence va avec l'alcool. Il y a un contexte d'alcool. (...) . Il frappait ! Il avait l'alcool méchant »

M4 : « Ben je dirais si on a déjà eu de la violence dans le passé. Voilà si on a été déjà exposé dans le passé. Pendant l'enfance aussi ! On est plus fragile »

Des coups qui valent cher

Les actes violents avaient été identifiés comme pouvant porter plusieurs préjudices pour la victime, tant sur le plan physique que mental. Ces actes pouvaient, dans certains cas, conduire à la mort de la victime résultant des coups portés ou du suicide de celle-ci.

M2 : « Je pense que ça pourrait pousser au suicide parfois ! Je pense que c'est surtout des soucis psychiatriques jusqu'au suicide dans les cas les plus graves, les plus extrêmes. »

M4 : « Je veux dire par là que recevoir des coups de manière répétée ça peut évidemment impacter de manière physique et que certain coups peuvent avoir de lourdes conséquences comme la mort ! »

M7 : « C'est plutôt psychologiquement que là peut-être se porte le coup fatal elle-même. Qu'elle se suicide par désespoir de cause »

La violence évoquait, pour les soignants, des répercussions sur le travail.

M6 : « Maintenant à mon avis ça peut avoir aussi des conséquences sur leur boulot parce qu'elles doivent moins être appliqué au travail »

M7 : « J'ai déjà eu une patiente qui a dû fermer son salon de coiffure parce que son mari était très jaloux »

De temps en temps

Les médecins généralistes identifiaient la violence conjugale comme étant un phénomène de société peu courant en médecine générale.

M1 : « Euh...qu'est-ce que ça m'évoque...ben...comme on entend à la télé et à la radio. »

« (silence)...Déjà eu quelque cas. (silence)...oui je peux en trouver trois... donc ça ne fait pas beaucoup en dix ans. »

M2 : « Je sais que c'est un phénomène fréquent dans la population mais personnellement en médecine générale je n'en ai pas beaucoup. »

M3 : « Parce que voilà ici avec le confinement on a entendu à la télé qu'il y avait eu plus de victimes. »

M4 : « Euh dans ma pratique j'ai eu très peu de cas ! Je pense pas que cela soit fréquent. Enfin en médecine générale ! »

Cependant, des médecins généralistes reconnaissaient que la fréquence des violences, dans leur patientèle, est certainement plus élevée mais non-reconnue ou exprimée par les victimes.

M2: « Oui! Je pense que les gens n'osent pas parler de ce problème. Les patients n'osent pas. »

M3 : « Donc je ne connais pas la prévalence des violences conjugales en Belgique. Mais je pense que je la sous-estime. »

Catégorie 2 : Le passage à l'action !

Au sein de cette catégorie est analysé le ressenti du soignant ainsi que leur expérience pratique. Au travers de la catégorie « passage à l'action », plusieurs sous-catégories se dessinent. La première « MOI sur le terrain » nous illustre le rôle du médecin généraliste. Les deux sous-catégories suivantes à savoir « décoder : des yeux et des oreilles attentives » et « sauter le pas » représentent respectivement, d'une part leur expérience de détection, plus précisément sur les éléments leur faisant suspecter un cas de violence conjugale et d'autre part leur moyen de communication pour aborder la violence conjugale avec leurs patients. Pour terminer, la sous-catégorie « une place de choix » exprime le ressenti du médecin généraliste sur la place qu'il occupe en tant que médecin de famille dans le contexte de violence conjugale.

MOI sur le terrain :

Les médecins généralistes se sont considérés comme une oreille attentive pour les victimes. Ce rôle d'écoute, étant jugé comme essentiel, satisfaisait ceux-ci même en l'absence d'agissement.

Cette satisfaction d'écoulait du fait d'être un soutien, parfois unique, pour la victime. La gratitude des victimes pouvant aussi renforcer ce sentiment de satisfaction.

M3 : « Enfin comment dire : oui non au final ça s'est bien passé. Malgré que j'ai pas fait grand-chose je me suis senti utile. Et la preuve entre guillemet c'est qu'elle m'a remerciée. Tu as la reconnaissance des patients c'est que tu as quand même fait du bon boulot ! »

M4 : « Ben je pense qu'on doit accueillir les patientes. Faut écouter et écouter ! »

M6 : « Ben de les écouter d'abord ! D'être un lieu de confiance. »

M7 : « Moi je n'ai pas une approche psychologique. J'écoute et je trouve que c'est déjà une bonne chose. »

L'expérience du soignant pointait un rôle de prise en charge par l'orientation des victimes vers des aides externes et compétentes.

M1 : « Et puis après euh..lui donner les aides possibles...comme les numéros de téléphone...voilà »

M2 : « Donc oui je pense qu'on doit être là pour les écouter et aussi les aider dans leur démarche et les guider. »

M6 : « Et puis aussi de les orienter correctement vers les structures d'aide. »

Un rôle technique a également été décrit par le biais de la rédaction de constats de coups à la demande de la patiente. Les constats étant aussi conservés par les médecins et leur rédaction était accessible par les soignants.

M4 : « ben j'ai fait un constat de coups parce qu'elle était demandeuse. »

M5 : « ben souvent c'est quand la patiente vient pour des coups. Je rédige pas mal de constats de coups et blessures. Du coup d'office je fais un constat et un papier pour la patiente, un papier pour la police et un papier pour moi. Comme ça on a une trace dans le dossier. »

M6 : « Je soussigné docteur X docteur en médecine atteste avoir interrogé et examiné madame, monsieur X. je mets la date et l'heure. Je note d'abord tout ce que j'ai constaté de manière objective donc les hématomes, bleus, griffures, trace de coups et puis quand je vois que la patiente et un peu en stress post-traumatique je dis que visiblement la patiente présente un état de stress post traumatique. et puis je dis selon madame les coups auraient été administrés par son compagnon. »

M7 : « Moi j'ai une copie dans l'ordinateur comme ça j'ai une trace. »

La sauvegarde de photos a également été évoquée lors de l'élaboration d'un constat. La prise de clichés était considérée comme un élément de preuve supplémentaire.

Cependant, cette manière de procéder n'était pas systématique. La prise de clichés était effectuée lors de situation préoccupante. Ce jugement reposait sur l'importance des éléments physiques qui découle de l'acte violent.

M5 : « Elle avait plus de nez vous voyez ! elle avait plus de nez et voilà c'était cassé. Elle avait des coups partout partout ! Elle était remplie remplie. Et donc quand c'est comme ça je fais des photos. »

Le rôle technique de conserver l'anamnèse dans le dossier était controversé notamment car la violence conjugale était jugée rarissime, marquante et inoubliable.

M1 : « Mais comme ça arrive pas souvent souvent je retiens..enfin quand on connaît..quand c'est nos patients...on connaît le mari, les enfants...quand on entend ce genre de chose on s'en souvient. On va pas commettre la bourde de l'oublier par après ! Enfin voilà peut-être pour moi c'est pas comme des rhumes ou des trucs comme ça que parfois on oublie. On peut voir ça comme une pathologie principale et qu'on retient ! »

Un rôle de conscientisation envers la patiente a également été décrit. L'objectif était de faire prendre conscience à la victime que la violence conjugale ne pouvait être tolérable.

M1 : « Tout d'abord je lui dis que c'est pas normal. Qu'elle ne peut pas continuer à vivre comme ça. Que ce n'est pas une situation qui est acceptable et qu'elle doit essayer de réagir »

M3 : « Je pense lui avoir dit " rien ne justifie la violence". C'est peut-être un peu bidon mais voilà (rires) »

M4 : « Ben je lui dis que c'est pas normal. Que ça nuisait à sa santé. Qu'elle risquait gros ! Que c'était dangereux. »

Un rôle de suivi a aussi été identifié notamment pour connaître l'évolution des démarches et pouvant motiver la victime à entreprendre les actions envisagées.

M1 : « Je vais pas juste leur donner le numéro d'aide et puis hop on passe au suivant et ne plus jamais en reparler...je pense que si ça été exprimé une fois je repose la question voir si il y a eu une avancé la dedans. »

M6 : « Ben je demande à ce que la patiente m'appelle pour me dire si elle a appelé, ce que ça a donné comme ça ça pousse la patiente à faire des démarches. Ah se dire tiens le docteur à demander que je la tiens au courant et du coup je vais le faire ! »

Le rôle du secret médical, envers la victime, a également été mis en avant. Son importance, pour le médecin généraliste, résidait dans la notion de secret médical, en plus du devoir déontologique, qui permet de rassurer la victime sur la confiance de la consultation.

M2: « Oui c'est important! Il faut en informer le patient. Ça les soulage un peu, ça les rassure de savoir que tous ce qui est dit au cabinet reste au cabinet. Que voilà il y a rien qui en sortira, et ils sont rassurés. »

Un rôle de détection des victimes a également été émis. Cependant, l'identification des victimes est peu voire non-pratiquée.

M3: « Je pense que c'est aussi un rôle que l'on devrait avoir mais bon moi je n'ai jamais détecté de cas. C'est pas quelque chose d'évident. Enfin c'est mon avis. »

Décoder : Des yeux et des oreilles attentives

Lors de suspicions de violences conjugales, les médecins généralistes éprouvaient un pressentiment décrit comme « un feeling » « une sensation que quelque chose ne va pas ». Ce pressentiment pouvait être amené soit par la victime soit par l'entourage de celle-ci.

Du Point de vue de la victime

La suspicion de violence conjugale pouvait émaner de l'attitude de la victime en consultation mais aussi sur des observations jugées comme discordantes avec le discours de la patiente.

M1 : « On peut très bien remarquer entre un grand sourire, c'est génial avec lui, tous les soirs il m'offre des fleurs... et se renfermer et ne pas en parler. Je pense que le non-verbale peut être utile. »

M3 : « Et alors je vois qu'elle a un drôle de coup sur le visage et donc je lui ai demandé qu'est-ce qu'elle avait fait pour avoir cet hématome. Et là j'ai vu qu'elle a changé d'attitude et de me dire "ah non c'est rien je suis tombée dans les escaliers". Et le coup me semblait un peu bizarre. C'était pas cohérent entre la localisation des coups et cette histoire. »

M4 : « Ben son état de nervosité qui n'était pas habituel. Puis elle venait plusieurs fois en consultations avec des plaintes un peu vague »

M6 : « Et cette fille elle était super souriante avant et maintenant elle sourit casi plus. Tu vois bien qu'elle donne le change mais voilà. »

Des éléments physiques pouvaient mettre la puce à l'oreille des généralistes mais aussi des plaintes vagues issues d'un processus de somatisation.

M1 : « Oui quelqu'un qui a toujours des maladies, mal au ventre.. voilà c'est un truc de somatisation d'un mal être qui peut être.. révélatrice d'un problème conjugal à ce moment-là »

M2 : « Ouiiii c'est les gens qui viennent consulter plusieurs fois par mois.. pour des symptômes vagues. Souvent des céphalées ou mal au ventre. Mais voilà sans jamais avoir de problème organique au final. »

Du point de vue de l'auteur

La connaissance de l'auteur et du réseau familial jouait un rôle au niveau de la suspicion de violence conjugale, plus précisément, pour évaluer les situations dites préoccupantes menaçant la vie des victimes. L'exacerbation des violences dans son milieu social, lié à l'entourage de la victime, permettait aux soignants de suspecter ces situations.

M1 : « euh...pffff.....c'est vraiment si crescendo.. si il la balance du haut des escaliers et qu'elle va prendre un...un radiateur ... ou imaginons pour des médicaments vitaux.. que la patiente doit en prendre et que le mari l'empêcherait...par exemple une diabétique.. on lui casse toute ses insulines. bhen voilà là je pourrais me dire d'évaluer. »

M3 : « Faut avertir la police. Si la dame dit il a un flingue. Et il a dit que demain il me flingue avec les gosses. Ben là oui je me poserais des questions. Je me dirais qu'il ne faut pas que je la laisse retourner chez elle. »

M6: « Les coups de plus en plus répétés, des marques de strangulations. Aussi si elle me dit il m'a poursuivi avec un couteau, il m'a tapé un coussin sur la tête. Ben là oui j'aurais peur. »

Sauter le pas

A travers cette étude, le besoin de prendre une distance, lorsqu'il fallait nommer la violence conjugale, a été évoqué. Cette distance était représentée par la discussion non-directive avec la victime, au moyen d'une ouverture sur le sujet par une question type et des questions concernant la vie familiale en général.

M1 : « bah je demande comment ça va à la maison.. l'ambiance. »

M3 : « Non je dis plutôt "ben tient comment ça se passe avec monsieur à la maison » ? »

M6: « je pose la question: " ah comment ça va dans votre vie". "Ca va avec monsieur, les enfants". Je tourne un peu autour du pot pour resserrer un peu. »

Cette ouverture sur le sujet était préférée à une question directe pour ne pas mettre mal à l'aise la victime. Elle était également animée par la peur de se tromper, d'aller trop rapidement à la conclusion des violences conjugales et que cela puisse avoir un impact négatif sur la relation thérapeutique.

M1 : « On n'est pas sûr si il tape dessus ou si violence psychologique....faut pas aller trop vite...il y a le risque de se tromper. Faut faire attention. »

M2 : « Euh je sais pas c'est pas facile à aborder. Tu te goures t'as l'air de quoi ? Imagine la réaction de la patiente si c'est pas le cas. »

M7 : « j'ai une consœur qui a eu une salle blague en prenant partie. Elle s'est rendu compte qu'elle s'était fait berné par la sois-disante victime. Elle a eu des soucis par la suite donc je pense que c'est pour ça que je suis plus prudent (rires). »

Une organisation à la carte

Les médecins généralistes basaient leur suivi en fonction des volontés de la patiente. Le médecin était plus enclin à le programmer si la victime était motivée à sortir de sa situation de violence.

M1 : « Si elle a l'intention de vouloir bouger les choses et que tu sens qu'elle veut vraiment, qu'elle veut vraiment bouger les choses alors autant, pour la soutenir, alors programmer une consultation.

M5 : « Sinon niveau du suivi ça dépend de la personne. Est-ce que vous voulez revenir en parler ou pas ? »

Catégorie 3 : tout ne dépend pas que de moi

Cette catégorie permet d'explorer le point de vue du médecin généraliste sur ses besoins afin d'améliorer sa pratique. Cette catégorie se présente sous trois sous-catégories : « passer à l'action mais pas seule » soulignant la nécessité d'un travail en réseau pour une prise en charge multidisciplinaire, « l'autonomisation de la victime » révèle le besoin de laisser la victime être actrice de sa propre prise en charge, « des outils qui libèrent » reprennent des pistes pour améliorer la pratique par le biais d'outils de communication comme des flyers, le dépistage systématique et des formations.

Passer à l'action mais pas seule :

Les médecins généralistes pensaient que la prise en charge des victimes ne pouvait pas être de leur unique responsabilité. En effet, la nécessité de travailler avec d'autres acteurs de réseau, tels que des psychologues, assistants sociaux et acteur de la justice, avait été émise. Cette nécessité se marque par l'expression que ces acteurs étaient jugés comme plus aptes, que les soignants, à la prise en charge des victimes notamment par leur expertise dans le domaine ainsi que l'apport d'aide de manière plus efficace. Cependant, la collaboration avec des acteurs spécialisés dans les violences conjugales était limitée.

M1 : « Ben ici il y a un truc qui dépend du CHR de Namur...j'avais regardé donc pour la violence conjugale et il y avait un numéro de téléphone prévu pour ça...des assistantes sociales et des psys qui sont là. C'est le seule que je connaisse..euh.. »

M3 : « Au moins le signaler à la police. Après je dirais la police c'est déjà bien. »

Et oui contacter une assistance sociale pour qu'elle s'occupe des démarches. Et éventuellement référer à une aide psychologique. »

M4 : « Mis à part référer à la psychologue et l'assistante sociale qui va mettre des choses en place pour les patientes. Elles sont plus habituées à ce genre de situation je pense. »

M5 : « Les psychologues spécialisés dans les violences conjugales. Voilà ils ont l'habitude. »

M6 : « Appeler les gens qui sont plus spécialisé la dedans. De faire ce que tu peux faire quand tu peux le faire à ton niveau. »

Un accès direct avec un expert du milieu avait également été jugé souhaitable. Le souhait était de rentrer en contact avec un intervenant spécialisé permettant aux médecins généralistes de savoir diriger sa prise en charge. De plus, la limitation des médecins généralistes à entrer en contact avec les services d'aide avait également été mentionnée.

M1 : « Et voilà ça arrive..ces centres d'accueils..ben on a pas l'accès. »

M6 : « Voilà même une personne ressource que nous en tant que médecin on pourrait appeler pour dire voilà je suis confronté à telle situation. »

De plus le fait de neutralité a été également souligné.

M1 : « L'assistance sociale ou des psys qui sont plus peut être plus neutre au niveau familial et qui vont peut-être pouvoir aider la patiente avec du concret éventuellement. »

Autonomiser la victime

Les soignants considéraient que la victime avait son rôle à jouer. Ils pensaient que c'était à elle de prendre la décision de vouloir changer les choses. Ils considéraient que leurs rôles étaient de transmettre les pistes pour sortir de sa situation mais que c'était aux victimes d'entreprendre les démarches.

M1 : « Il faut lui donner les outils et lui rappeler les outils. Enfin c'est le même. C'est clair que voilà....Il faut lui donner les outils mais qu'elle fasse elle-même la démarche. »

M5 : « Je vais pas appeler pour elle. Ça doit être une démarche d'elles même. Je vais pas appeler moi. Je leur donne les clés en main mais voilà elles sont majeures. »

Des outils qui libèrent

Les flyers :

Les médecins généralistes pensaient que des outils tels que des flyers pouvaient être une aide à la libération de la parole des victimes. Ce type de documentation avait été jugée comme pouvant lever le frein des patientes à se confier au médecin sur les violences en faisant transparaître que le médecin généraliste était disponible pour traiter le sujet des violences conjugales.

M1 : « Tout à fait parce que les patients pensent.. enfin ça doit être le cas.. que s'est mis volontairement par le médecin et que c'est lui qui décide et donc que ce sont des choses qu'il voudra bien traiter. »

M3 : « Oui je pense que déjà ça pourrait mettre en confiance les patients, les patientes victimes de violence. »

M4 : « Du coup c'est la patiente qui vient nous en parler. On passe pas à côté d'un cas ! Donc oui c'est bien le flyers »

Ce document pouvait également être utile, être un soutien pour la patiente si elle ne désirait pas en parler au médecin traitant notamment par la présence de numéro d'aide.

M1 : « Donc euh oui je pense que c'est une bonne idée. Elles vont le regarder et peut être prendre le numéro d'aide. Il faut qu'il y ait un numéro. »

M6 : « Mais oui c'est intéressant comme ça même si la patiente n'en parle pas elle a quand même des numéros, des sources si elles se sentent concernées et si elles ne veulent pas en parler. Donc oui ça pourrait être chouette. »

Cependant, il a également été souligné que la victime pouvait ne pas oser acquérir ces flyers par peur de retourner au domicile avec ce type de document. Leur utilité, à destination de la patiente, a donc été remise en cause.

M1 : « Donc oui ça peut aider mais elles ne vont pas rentrer avec chez-elle avec car elles sont souvent sur contrôlées ces femmes aussi justement. »

M4 : « Maintenant est-ce-que la patiente va oser en prendre un. Devant tout le monde ou retourner avec. »

Le dépistage systématique :

Le dépistage systématique n'était pas considéré comme une solution pour les soignants.

Des freins à son utilisation avaient été cités. Il avait été jugé comme difficilement applicable en pratique et non pertinent. Mais aussi pouvant être trop intrusif.

M1: « C'est très bien mais en médecine générale on a pas toujours assez le temps de faire de la médecine préventive. »

M2: « Non vraiment pas! C'est complètement bête! C'est une perte de temps déjà et en plus de ça ...non. je ne vois pas du tout l'intérêt! Pour une rage de dent lui poser la question de la violence conjugale. C'est complètement illogique. »

M3 : « Oui pour moi c'est non. Comme ça sans raison. Non c'est de la poudre de perlimpinpin pour moi. Ça ne veut rien ! (rires) »

M5 : « Mais après ça peut aussi brusquer la patiente, faire peur. »

M7: « Non je ne pense pas. C'est un peu trop intrusif. »

Des formations et un besoin de sensibilisation :

Les médecins pensaient que des formations seraient utiles afin d'améliorer leur pratique face aux violences conjugales notamment lors du cursus universitaire.

M3 : « Ben je pense que si on veut que les médecins généralistes s'appliquent dans le domaine il faut des formations, des cours. Et pourquoi pas dès l'université ! »

M4 : « Ben déjà sensibiliser les médecins généralistes ! Et je pense déjà lors des études. Et alors oui de la sensibilisation et des formations ! »

M5 : « Euh pour la pratique des médecins généralistes. Euh je pense que c'est indépendamment de chaque médecin mais je pense qu'on devrait être plus sensibilisé aux violences. »

Les soignants avaient également ressenti, suite à l'entretien, une sensibilisation à la problématique des violences entre partenaires donnant naissance à une introspection, vis-à-vis de leur propre pratique, pouvant les motiver à vouloir entreprendre des démarches d'apprentissage.

M3 : « Elles font réfléchir tes questions c'est bien ! »

M6 : « Et alors je pense que ce truc de la SSMG je vais le faire. (rires) »

Des aides à la consultation :

Les aides à la consultation avaient été jugées comme utiles à la pratique.

Parmi les aides proposées, le listing de contact et un outil permettant d'évaluer la gravité sont les plus utiles pour le médecin généraliste.

M3 : (avis sur une liste de contact) « oui clairement! Pour l'instant je patauge un peu par rapport à ça. J'ai aucun contact. Je sais pas ce que je dois faire. »

M4 : (Échelle de campbell) « Ah oui pourquoi pas ! C'est toujours utile. »

Malgré que ceux-ci puissent lever des difficultés à leur pratique, les soignants reconnaissaient que leur mise en pratique pouvait s'avérer complexe par manque de temps ou l'oubli des aides existantes.

M4 : « Maintenant faut y penser aussi. Faut penser à les utiliser parce qu'en médecine il y a 36 bazars. On ne sait plus quoi finalement. (rires) »

M7 : « Ah oui je sais qu'il a des trucs sur le site mais j'ai pas pris le temps d'aller consulter. J'ai pas regardé. »

Catégorie 4 : un horizon limité

Cette catégorie permet d'explorer les freins en lien avec sa pratique. Une des sous-catégories exposées s'intitule les « freins liés aux soignants » qui se compose des freins face à leur rôle et face à leur doute. Les autres sous-catégories sont les « freins liés aux victimes », les « freins liés à l'organisation » et les « freins liés à l'auteur de violence ».

Freins liés aux soignants

Face à leur rôle :

Leur rôle, notamment celui de repérer, que l'on peut traduire comme détection, et leur rôle d'orientation des victimes, que l'on peut nommer par prise en charge, pouvaient être impactés par la sensation d'être incompetent ou limité. Cette sensation pouvait découler d'un manque d'expérience dans leur pratique

M1 : « Certainement pas! Parce que voilà on a pas les armes. On ne sait pas si il faut trouver des centres d'accueils quand la femme doit vraiment quitté son domicile. »

M2 : « Ben c'est pas facile! je pense pas non! vraiment pas on a pas été formé pour ça. »

M6 : « Tu aimerais les aider mais tu te rends compte que tu arrives pas souvent. C'est pas comme si tu as quelqu'un qui a une pneumonie. Tu lui donne des antibiotiques et après voilà il est guéri en une semaine. »

M7 : « C'est compliqué et on n'est souvent confronté à l'échec. »

L'un des freins à la détection consiste en ce que le médecin généraliste ne pensait pas d'emblée à la violence conjugale, en dehors des plaintes physiques tels que des coups et blessures.

M1 : « Ben non non. Franchement non. Même le fait qu'elle soit tout le temps accompagner ne m'avait pas choqué comme je le disais. Donc trouver moi-même vraiment des signes je ne crois pas que cela me soit vraiment déjà arrivé. »

M4 : « Après pour être honnête je me suis dit tient il doit avoir quelque chose au niveau de la sphère familiale là mais je me suis pas dit c'est certain il y a de la violence conjugale. »

Les signes de détection proposés lors des entretiens, issus des recommandations, avaient été jugés difficilement repérables et attribuables aux violences conjugales.

M3 : « Voilà on pense plus qu'une grossesse c'est un événement heureux dans une famille. Mais oui on pense pas toujours que des gens peuvent être victimes. »

M4 : « Mais voilà je penserais à aborder les violences conjugales en dernier. Après voilà peut-être à cause de mon manque d'expérience. »

M5 : « C'est difficile de dire qu'on va détecter sur base de ces plaintes. Par exemple les infections urinaires, on peut avoir des femmes X qui viennent pour ça et pour autant il y a pas de violence conjugale. »

M7: « Oui je pense que c'est bien d'avoir une liste comme ça pour s'aider à repérer. Maintenant en pratique il faut y penser »

De plus l'existence des recommandations était méconnue des médecins. Le contenu était également ignoré malgré la connaissance du guide de bonne pratique.

M1: (connaissance des recommandations) « ah non! Des recommandations comme ça non.. vraiment sur les violences conjugales non. »

M2: (connaissance du contenu) « euh pas vraiment ! »

De plus, en plus des limitations de connaître les réseaux de prise en charge, les situations préoccupantes de violences conjugales nécessitant une prise en charge urgente étaient sources d'inconnue chez le soignant. Le fait de ne pas avoir rencontré ce genre de situation dans leur pratique révélait des difficultés dans cette prise en charge.

M6 : « Parce que c'est bête mais voilà une patiente qui me dit on m'a poursuivi avec un couteau. Qu'est-ce que je fais ? Moi j'aurais tendance à appeler la police mais quoi..la justice, le procureur du roi? machin machin. Ou alors j'envoie aux urgences...enfin je ne sais pas... pour certaines pathologies comme un diabète ben tu sais c'est ça faut faire ça. Faut faire attention à ça, organiser le suivi comme ça..mais ici... »

L'ouverture sur le sujet de la violence conjugale n'était pas abordée lorsque les médecins méconnaissaient la victime et évité lors d'une première consultation. Ce processus était animé par les freins décrits plus haut concernant l'abord de la violence.

M1 : « (silence)... oui ça pourrait....quand on connaît les patients depuis longtemps. »

M3 : « Même si je suspecte un cas de violence lors d'un premier contact je n'oserais pas aborder le sujet sauf si la patiente m'en parle. »

M4 : « Et pas lors d'une première consultation. J'attendrais que la patiente soit prête. »

M6 : « Mais en tout cas pas lors de la première consultation. J'aurais du mal. »

Face au doute :

Les médecins généralistes soulignaient, par leurs expériences, qu'ils étaient parfois confrontés au doute. Les soignants pouvaient douter de leur propre suspicion de violence. Ce doute pouvant être un frein à aborder les violences conjugales.

Ce sentiment prend naissance lors du discours de la patiente. Notamment, lorsque le médecin ressent que la patiente subit des violences mais qu'elle réfute celles-ci.

M3 : « (suspicion de violence conjugale) Elle me dit : " ben vous-savez en dix ans qu'on est ensemble on s'est peut-être disputé trois fois". Du coup je me suis dit ok. Bon ben pourquoi elle dirait ça si elle était victime de violence. Ou alors c'est une manière de cacher les choses je ne sais pas. (rires) »

M5 : « Maintenant tu sais pas toujours comment tu dois réagir. Il y a des couples comme ça où ils sont habitués à se gueuler dessus. C'est leur façon de fonctionner même si elle est pas bonne »

Mais aussi, il pouvait s'exprimer lors d'une divulgation de violence. Le soignant pouvant douter de la véracité du discours de la victime.

M5 : « Puis parfois on peut se poser la question de si c'est vrai ou pas. Vous voyez? Il y en a qui viennent trois fois et elles disent trois fois la même chose. Enfin tu te demandes si c'est réel ou pas. »

M6: « oui c'est ça. Tu essayes de rester objectif dans le truc mais voilà madame te dis ça et monsieur te dis ça. Qu'est ce qui est vrai ! »

Freins liés aux victimes :

Les médecins généralistes exprimaient pouvant être limités par les patientes et plus précisément par le fait que la patiente n'est pas consciente de subir de la violence. De plus, l'ambivalence des victimes et le refus d'entreprendre les démarches pour sortir de cette situation avaient également été évoquées.

Cette confrontation amenait les soignants au questionnement et à la confrontation à leurs propres limites. Les médecins généralistes se retrouvaient confrontés à une certaine fatalité et se sentaient démunis.

M1 : « Moi j'ai un cas dans mes patientes...j'ai donné les outils, je lui répète les outils mais voilà elle me dit qu'elle ne veut pas se retrouver sans sa maison...et...donc ...que faire ? »

M2 : « J'ai voulu..j'ai essayé de l'aider pour qu'il en parle à d'autres structures. Honnêtement je ne les connais pas mais lui ne veut pas donc pfff...c'est..voilà. On fait du sur place c'est à chaque fois il vient et à chaque fois il se plaint d'elle (auteur de violence) mais il ne veut rien dire. »

M4 : « Ben moi j'ai déjà eu un cas de violence conjugale où voilà la patiente retournait systématiquement vers son « bourreau ».

M6 : « Tu as les dames qui reproduisent toujours un peu les mêmes schémas. Elles se retrouvent toujours avec des types qui voilà..qui les maltraitent et tu essayes de leur donner des numéros, de les aider mais en même temps elle refait comme toujours. »

M7 : « Donc on peut détecter mais voilà ça n'empêche pas la patiente de retourner avec son partenaire. »

Face à ces situations, les soignants exprimaient un sentiment d'incompréhension mais ceux-ci ressentaient également un sentiment de tolérance à l'égard de la victime justifiée par la compréhension des freins existants à sortir de sa situation de violence.

M1 : « oui parce que je ne vais pas comprendre. J'ai du mal à comprendre qu'elle n'a pas envie de réagir et de changer. Rester dans la même chose.»

« Voilà on trouve ça nul, néfaste qu'elles ne veulent pas changer mais c'est qu'elles ont une raison. »

M4 : « Quand limite votre compagnon vous a envoyé à la mort et vous décidez de retourner avec. J'avoue que là c'est parfois difficile de comprendre. Enfin voilà après on est pas à la place des gens. »

M6 : « Mais voilà je ne sais pas comment ça va maintenant. Après je pense qu'elle ne le quitte pas parce qu'elle n'a pas vraiment de famille mis à part lui. Et donc tu as pleins de trucs affectif là-dedans »

Selon les soignants, la victime pouvait être animé par un sentiment de honte ou de peur et pouvait faire obstacle à la révélation des violences envers son médecin traitant.

M1 : « En garde souvent ça nous tombe dessus les constats de coups. Je pense que c'est parce que les patientes ne veulent pas forcément en parler au généraliste qui les connait mieux. C'est du coup peut-être plus facile pour la patiente. »

M6 : « Et donc oui je pense qu'il y en a plus qu'on le croit et que c'est parce que on n'ose pas venir nous en parler. Je pense que c'est encore plus compliqué pour un homme enfin je pense. »

M7 : « oui voilà. Et aussi je pense qu'il y a de la violence chez des couples plus âgés et je pense que là c'est plus compliqué parce que c'est tabou. On ne brise pas le mariage en générale. C'est plus difficile pour faire avouer des violences. »

A l'inverse des patients préférant être accompagné que par son médecin traitant faisant obstacle à une prise en charge multidisciplinaire.

M2 : « je trouve que c'est plutôt le patient qui trouve que..qui préfère rester avec son médecin généraliste plutôt que d'aller encore voir des inconnus. Raconter voilà..ce qui se passe. »

Le soignant évoquait le besoin de prendre de la distance face à des situations de violence conjugale. Ce besoin pouvait être traduit comme un moyen de protection face aux situations sans issues et aux limites imposées par les victimes.

M1 : « oui est du coup t'es un peu obligé de mettre ça en dehors de ta tête en disant..j'ai fait ce que je pouvais faire ...j'ai donné le numéro »

Freins liés à l'organisation

Le besoin de gérer le temps avait été souligné lors des entretiens. Le besoin de contrôler cette variable permettait de se concentrer sur la consultation avec sérénité. En effet, dans le cas contraire, « une consultation surprise » pouvait amener un certain inconfort chez le médecin.

M2 : « Ici je vois qu'il veut rester et parler parler. Parfois ça prend une demi-heure, quarantaine minute (soupir) donc oui c'est long ! »

M4 : « Et là du coup je prévois le temps nécessaire. Je me sens pas oppressé en me disant que j'ai encore pleins de patients dans la salle d'attente. »

M5 : « Parfois j'aimerais prendre plus de temps pour en parler mais parfois tu te dis merde ça arrive en plein milieux de ton truc. Enfin tu as pas le temps »

Freins liés à l'auteur de violence

Le médecin généraliste pouvait également être limité par le partenaire de la victime, auteur de violence en l'occurrence lorsque le soignant était le médecin traitant du couple. Cette position amenait chez le soignant un sentiment de malaise et un besoin de prudence dans ses agissements. La révélation des violences conjugales amenait également ce type de sentiment par la crainte d'une répercussion sur le lien thérapeutique à la fois vis-à-vis de l'auteur et de la victime.

M1 : « et donc le problème aussi c'est qu'on va voir le mari probablement prochainement et donc si jamais on l'attaque frontalement le mari soit il va nier soit on ne le verra plus. Et il va peut-être empêcher sa femme de venir en consultation. Et donc là on a tout perdu ! »

M4 : « Maintenant comment faire de la détection quand ils sont à deux. C'est compliqué...Encore une fois si le partenaire pige et après on ne voit plus personne. »

M6 : « Et qui est d'ailleurs compliqué quand tu es le médecin de toute la famille. Parce que si tu es le médecin traitant du mec aussi je pense que ça devient assez compliqué. »

Malgré cela, la prise en charge du partenaire a été jugée comme nécessaire pour une prise en charge optimale.

M1 : « Mais je pense aussi que la prise en charge de l'auteur ça pourrait être nécessaire ».

M7 : « Oui d'en parler avec lui et l'aider si soucis d'alcool par exemple. »

Cependant, des difficultés dans l'identification des auteurs ainsi que des victimes existaient. Cela aboutissait à l'identification des couples sujet aux violences. L'apparence du couple avait été soulignée comme pouvant fausser la détection et la prise en charge.

M2 : « Euh...je ne m'attendais vraiment pas à ça parce que la femme (auteur de violence) elle est toute gentille. Et voilà on dirait pas qu'il y est forcément un conflit quand on les regarde de l'extérieure. »

M4 : « Et oui surpris aussi ; Encore plus surpris quand je connais le mari ou compagnon en question ! Pareil je ne m'en serais jamais douté. Comme quoi on ne peut pas vraiment se fier aux apparences. »

M6 : « Et parfois tu as des drames ou tu te serais dit j'aurais jamais imaginé que tel gars pourrait étrangler sa femme. Enfin voilà. »

Discussion

L'expérience des médecins généralistes, plus précisément leur comportement, lors de la détection et la prise en charge de situation de violence conjugale est discuté vis-à-vis de la littérature, notamment des recommandations. Cette discussion explore les freins, en lien avec leur comportement, à la détection et la prise en charge des situations de violence ainsi que l'énumération de pistes de solutions envisageables. (résumé des recommandations de la SSMG : annexe 3)

I. La détection des violences conjugales

a) L'étape de détection :

Au sein de l'étude qualitative, il ressort que la détection menée par le médecin généraliste résultait « d'un feeling », « d'une impression que quelque chose ne va pas ». Les médecins généralistes se focalisaient principalement sur la victime ainsi que sur son entourage familial en ce compris l'auteur présumé des faits. La connaissance de l'auteur présumé des faits pouvait constituer un élément probant pour évaluer les situations de violences, notamment les situations dites préoccupantes. La représentation des médecins généralistes sur la violence conjugale peut avoir une influence sur la détection et la prise en charge. Cette étude qualitative permet de comprendre que la représentation des médecins généralistes est satisfaisante eu égard aux formes de violences (4). En effet, la violence conjugale se décline sous plusieurs formes. Elle peut être verbale, psychologique, physique, économique et sexuelle (8). La violence sexuelle n'a pas été mentionnée par les praticiens. Ce manque peut-être suggérer et s'expliquer par la présence de difficultés des soignants à aborder ce type de violence. En effet, des études ont établi qu'aborder les violences sexuelles, par les soignants, constitue un frein (9). Il semble nécessaire de procéder à une sensibilisation quant à l'existence de ce type de violence même lorsqu'il s'agit de violences conjugales.

Il ressort également que les soignants suspectaient un cas de violence par la constatation de traces de coups, de plaintes somatiques, de changement d'attitude de la patiente ou encore d'un ressenti lors d'une discussion avec la patiente notamment lorsqu'il existait une discordance

entre les éléments de faits et les déclarations des victimes. Ces éléments pouvant être qualifiés de facilitateurs. En comparaison avec d'autres études, on peut s'apercevoir que la suspicion d'un cas de violence pouvait être facilité par les éléments ci-dessus décrits ainsi que des signes de dépression, des troubles de l'humeur ou du stress intense sans cause identifiable (10).

Au regard des résultats, il semble nécessaire que les soignants puissent suspecter les violences conjugales par les plaintes qui leurs sont soumises et qui sont mentionnés dans les recommandations (annexe 3). En effet après l'analyse de leur expérience, il existait plusieurs freins empêchant une mise en pratique de la détection qui peuvent expliquer la sous-détection de cas. Ces freins liés aux soignants étaient décrits comme étant l'incertitude des situations de violences conjugales, le sentiment d'impuissance, la peur de mettre à mal le lien thérapeutique unissant le médecin et le patient ainsi que le manque de compétence et de qualification en cette matière. Les soignants avaient également mentionné des freins complémentaires tels que le sentiment de peur ou de honte éprouvé par la victime entravant la révélation des violences subis mais aussi la prise en charge. Ces types de freins sont également retrouvés dans la littérature (11).

Les médecins généralistes ont une connaissance satisfaisante des répercussions et des facteurs de risques à l'exception de la reconnaissance de la grossesse comme période à risque. La grossesse étant une période qui ne faisait pas écho à la violence chez les soignants. Cependant, les recommandations ainsi que la littérature indiquent que la grossesse constitue une période particulièrement à risque où la détection a toute son importance (4) (12). Ce fait peut éventuellement s'expliquer par l'association de la grossesse à un événement heureux dans un couple. Cette association de la grossesse à un événement heureux peut entraver la détection éventuelle d'une situation de violence conjugale.

Dans le cadre des entretiens, les praticiens reconnaissaient les victimes comme pouvant être de sexe féminin ou masculin en ce compris les enfants. Cette reconnaissance constitue un point fort vis-à-vis de leurs connaissances car cette considération par les médecins est rarement mentionnée dans les études. Une étude belge de l'Institut de l'Égalité des Femmes et des Hommes a mis en évidence que la violence verbale et psychologique sont les formes les plus fréquentes dans le contexte de violences domestiques (2). Cette étude confirme l'idée qu'ont les soignants à propos des profils de victimes. Cependant, l'utilisation du terme « patiente » démontre une tendance plus accrue à considérer les victimes de violences conjugales comme

étant des femmes. Malgré que la violence fût reconnue à l'égard de toute la population, il ressort que les médecins généralistes étaient étonnés face à une victime de sexe masculin. Cette situation amenait chez le soignant un sentiment de « surprise » qui peut aboutir à une déstabilisation de leur comportement, notamment dans la détection des violences envers les hommes.

A la synthèse des résultats, les soignants reconnaissaient la violence conjugale comme étant un phénomène de société peu fréquent en médecine générale. Or, la violence conjugale est présente dans nos salles d'attente (4). Cette considération peut expliquer que la détection des violences ne soit pas appliquée, et ce, même si ceux-ci étaient conscients d'une sous-estimation probable. Elle peut aussi s'expliquer par le fait que les médecins généralistes avaient peu de pratique quant à la détection.

La phase de détection par le médecin a toute son importance pour éviter l'escalade de la violence et la chronicité de celle-ci. On peut comprendre qu'une sensibilisation, afin de permettre aux médecins d'accroître leur capacité de détection est nécessaire. En effet, ces difficultés à la détection peuvent avoir un impact négatif sur l'identification de victimes. On peut comprendre que, si un phénomène est considéré comme étant quasi-inexistant, sa recherche en sera impactée ainsi que le savoir et le savoir-faire du médecin.

b) Écouter et aborder la violence :

Le rôle d'écoute avait été reconnu majoritairement par les soignants. Ce rôle avait été souligné par l'importance d'être une oreille attentive et d'être un soutien, parfois unique, pour les victimes. Il est effectivement décrit dans le guide de bonne pratique de la SSMG comme étant : « *Écouter avec respect l'histoire de la personne et être soutenant, dans le non-jugement* » (4).

Cependant, via cette étude, on a pu observer que la notion de non-jugement pouvait être impactée par la méfiance de la véracité du discours de la victime. On peut imaginer que le doute, envers une situation de violence conjugale, peut mener à l'évitement d'une prise en charge et conduire à des conséquences néfastes pour les victimes. Il semble donc important de ne pas émettre de jugement face à une divulgation de violences.

Il n'existe pas de méthode de communication préétablie pour aborder la violence conjugale. Cependant, il est conseillé d'adopter un système de question dit « en entonnoir » et donc d'aborder le sujet via une série de questions ouvertes ou indirectes. Ensuite, il est conseillé d'introduire des questions plus fermées ou directs. (13)

Cette étude a pu mettre en évidence que les médecins adoptaient ce système en entonnoir pour aborder la question des violences conjugales et ouvrait le sujet via une question générale portant, plus précisément, sur l'environnement familial. Ce moyen de procéder est animé par plusieurs facteurs tels que la peur des soignants de se tromper ou encore de ne pas mettre à mal le lien thérapeutique.

Cependant, les violences conjugales sont abordées uniquement avec des victimes bien connues du médecin et évitées lors d'une première consultation. Or, la littérature énonce que lorsque le médecin interroge les victimes sur le sujet des violences conjugales, celles-ci sont plus à même d'en parler et sont souvent dans l'attente que le médecin en parle. (12)

Cet évitement peut traduire des difficultés à la communication par le praticien. Cela souligne, dans ce contexte, la nécessité de former les soignants à la communication, car il peut conduire à la non-identification et par conséquent à la non-prise en charge de cas.

II. La prise en charge et le suivi :

a) Référer : la connaissance d'un réseau :

Au sein de cette étude, les soignants reconnaissent leur rôle d'orientation vers des acteurs dits « experts » dans le domaine et la nécessité d'un travail en réseau. Ce choix d'orientation était préconisé car les soignants se sentaient limités par leur compétence dans le domaine. Le rôle d'orientation des victimes vers des services d'aide appropriés est reconnu. Dans le guide de recommandations de la SSMG, nous pouvons lire les propos suivants à l'égard des prérequis : *« Il s'agit de se construire un réseau qui comprendra les différents types de services d'aide aux victimes (adultes, enfants) ainsi qu'aux auteurs de violences conjugales. Connaître leurs modes d'intervention et définir des modalités d'orientation sont nécessaires à l'abord du sujet en consultation. Les modalités d'orientation devraient prendre en compte l'âge, l'accès aux services existants et les réticences à consulter ceux-ci. »*. (4)

Malgré leur orientation vers des acteurs psycho-sociaux, judiciaires ou la transmission d'un numéro d'écoute, le besoin des soignants, à connaître des acteurs de réseaux locaux aptes à la

prise en charge et de pouvoir interagir avec ceux-ci, a été souligné. Ce fait est intéressant car, après ma recherche, peu d'étude aborde cette notion de nécessité de localité, à l'exception d'une étude trouvée sur le sujet (14). La difficulté à connaître et à se construire un réseau peut constituer un frein à une prise en charge adéquate. On peut comprendre qu'informer les praticiens sur les réseaux existants ou, éventuellement, la localisation de l'information est primordiale afin qu'ils se constituent leurs propres réseaux pour permettre aux victimes d'obtenir une prise en charge la plus optimale possible. De plus, cette étude, avait également soulignée le besoin des médecins à pouvoir interagir avec ces acteurs de réseau pour améliorer la prise en charge. Ce fait est intéressant car il pourrait souligner la volonté des médecins à entreprendre des démarches malgré les freins émis.

Un rôle de suivi a également été reconnu dans cette étude. Il est conseillé de procéder au suivi des victimes ainsi qu'à la réévaluation des situations de violence (4). Les résultats de l'étude nous indiquent que le suivi des victimes était organisé en fonction des volontés et des motivations de vouloir quitter leur situation de violence, qui se traduit par une responsabilité accordée à la patiente. Cette responsabilité peut également démontrer la nécessité pour les soignants de s'adapter aux désirs et au rythme de la patiente, en leur laissant le choix, de ne pas exercer de pression, ce qui est recommandé (4). Il est important de souligner que les médecins généralistes abordaient de nouveau le sujet avec la victime, et ce, même en dehors d'une consultation relative à la violence, ce qui souligne la prise de conscience de leurs responsabilités malgré les difficultés rencontrées.

En effet, les soignants, en confrontation avec l'ambivalence des victimes, pouvaient ressentir un sentiment d'impuissance. Ce sentiment peut conduire au fatalisme et aux découragements des soignants à entreprendre les démarches de prise de charge et de suivi.

Le fait de programmer un suivi, selon les motivations des victimes, peut aussi appuyer que les médecins se trouvent en difficulté devant cette ambivalence, même si les soignants étaient conscients des freins, en lien uniquement avec la victime ou son environnement, pouvant être présents chez les victimes pour entreprendre les démarches. Cette ambivalence est décrite dans la littérature comme multifactorielle comprenant le sentiment de peur et de honte, qui ont aussi été reconnue dans cette étude, ainsi que la culpabilité, la dépendance économique, l'attachement à l'auteur, les réticences en lien avec les enfants, la crainte de représailles (12). Ces freins, peuvent amener à un échec à la prise en charge et au suivi. Cette étude souligne l'importance de conscientiser la victime de sa situation de violence. Cette conscientisation peut prendre du

temps. Des échecs peuvent se présenter aux soignants les amenant au sentiment d'impuissance décrit dans cette étude (13). De ce fait, des aides à la communication à destination des praticiens pour se former à la conscientisation des victimes, dans ce contexte de violence, pourraient avoir son utilité. De plus, le rôle de conscientisation avait été reconnu par les soignants et est également recommandé (4).

b) L'évaluation de la dangerosité :

La compétence d'évaluer les situations dites préoccupantes et l'éventuelle mise sous protection des victimes a été jugée comme compliquée pour les soignants. Les recommandations nous suggèrent d'être vigilant face à la gravité des actes violents (fréquence, intensité, contexte et conséquence), la vulnérabilité de la victime (grossesse, isolement social, présence d'un handicap) mais aussi la dangerosité de l'agresseur (menace de mort, menaces de passage à l'acte, possession d'arme) ainsi que le retentissement des violences sur les enfants du couple. (4) (12) (15). Par comparaison au guide de bonne pratique, cette étude révèle que ces domaines de pistes d'évaluation sont reconnus par les praticiens, malgré leur manque d'expérience. La prise en charge en lien avec la mise sous protection avait été jugée complexe. Cette complexité peut s'expliquer par le manque de confrontation avec le sujet ou ce type de situation au cours de leur pratique. Ce fait vient souligner l'importance de former les médecins généralistes à l'évaluation des situations de violence et de les informer sur l'orientation des victimes dans ce type de situation.

c) Le constat de coups et le dossier médical :

On peut observer que les soignants attribuaient au constat de coups une certaine importance pouvant être attribuée à la conservation dans le dossier de ces constats ou de les rédiger en plusieurs exemplaires. Cette manière de procéder peut être justifiée par la perception des médecins généralistes, comme étant un élément de preuve en cas de recours judiciaire. De plus, la rédaction des constats de coups était accessible par les praticiens tant d'un point de vue technique que pratique. Le constat de coups et blessure était rédigé à la demande de la victime ce qui est en accord avec les recommandations (16).

Concernant le dossier médical, il n'y pas de lignes directrices spécifiques à suivre tant au niveau administratif que sur le plan légal. Seule la présence du certificat de coups et blessures, si celui-ci a été rédigé, doit y figurer (16).

La prise de photo a également été évoqué afin d'appuyer le dossier judiciaire, en effet, cela semble constituer un élément de preuve supplémentaire. Cependant la prescription d'une incapacité, même si la victime ne travaille pas, est recommandée car elle constitue un poids dans le système judiciaire (16). Cette dernière n'avait pas été mentionnée par les soignants.

III. Pistes en réponse aux freins afin d'améliorer la pratique

a) Formations et cursus universitaire pour améliorer les pratiques :

La sensibilisation et la formation des soignants à la violence conjugale est un moyen d'accroître leur performance sur le terrain et, par conséquent, de lever certaines limites à leur pratique. La détection de cas pouvant ainsi être améliorée (17). Les résultats de l'étude démontrent la nécessité de sensibilisation ainsi que de formation. Il est important de souligner qu'une sensibilisation ou formation, dès le milieu universitaire, avait été suggéré comme étant une piste de solution par les soignants.

b) Les outils d'aide à la consultation pour soutenir les médecins généralistes :

Les outils d'aide à la consultation ont été élaborés afin d'aider les praticiens dans leur pratique. Ces outils étaient majoritairement validés et jugés utiles. Malgré que cette étude ait révélé des freins à leur utilisation tels que le manque de temps ou l'oubli. Les aides qui avaient été jugées les plus utiles sont les suivantes : une liste de contact (annexe 4) et l'échelle/grille de Campbell (annexe 5). Ces aides permettent d'évaluer la gravité d'une situation de violence ce qui vient renforcer la problématique d'évaluation des situations préoccupantes et le rôle de prise en charge par l'orientation. De plus, le guide de recommandations était peu connu des médecins. Il serait pertinent d'informer les praticiens de son existence afin de les aider dans leur pratique.

c) Les flyers : une aide à la communication :

Les flyers, affiches ou autres documents informatifs à destination des victimes, sont conseillés afin de permettre aux victimes de se confier sur leur situation de violence conjugale (4). Cette

étude a mis en avant l'intérêt des soignants pour ce type de dispositifs à destination de la victime, à titre informatif, si celle-ci ne voulait pas en parler à son médecin traitant. Cet intérêt pour ces dispositifs peut également marquer le besoin de distance face à la violence conjugale et peut souligner les difficultés des soignants face aux situations de violence conjugale.

En effet, ces flyers peuvent être un moyen de lever l'étape de détection et d'orientation notamment grâce à la présence de numéros d'aide. Cependant, des freins à leurs utilisations ont été émis. Un des freins, mis en évidence, était la crainte de répercussions, à l'égard de la patiente, si ce document était découvert par le partenaire.

d) L'entretien motivationnel pour lutter contre les freins de la patiente :

L'entretien motivationnel est proposé dans la littérature afin de permettre à la victime de prendre conscience de sa situation de violence conjugale et de la motiver à entreprendre des actions pour sortir de sa situation de violence. L'entretien motivationnel est divisé en cinq savoir-faire. Ceux-ci consistent à poser des questions ouvertes pour inciter au raisonnement et au développement, valoriser les efforts de la victime, refléter et émettre une hypothèse en se basant sur le discours des patient(e)s, résumer les dires et, pour terminer, fournir des informations et des conseils avec l'autorisation de la victime (13).

Cet entretien motivationnel est à adapter selon la phase dans laquelle la victime s'inscrit dans un cycle. Les éléments constituant ce cycle sont les suivants : patient non-demandeur, patient ambivalent, patient prêt au changement, actions et changements, maintien du changement ou reprise. Le but étant de conduire la victime à entreprendre des actions tout en évitant les rechutes (13). En confrontation avec cette étude, on a pu voir que les médecins étaient pour la conscientisation mais que ceux-ci avaient des difficultés et des freins à l'entretien motivationnel dont la contrainte du temps.

e) La problématique du temps en consultation : Encourager une rémunération ?

L'aspect psychologique et le temps nécessaire aux consultations, dans un contexte de violence conjugale, constitue ou peut constituer un frein à la pratique des médecins généralistes. Cette problématique de « manque de temps » ou de « consultations longues » a été décrite dans certaines études ainsi que dans celle-ci (11). Aucune solution concrète a été trouvée, après ma recherche de littérature, face à ce problème. Cependant, à posteriori des entretiens, je me suis demandé si une rémunération pouvait encourager les médecins généralistes, comme on a pu

l'observer lors de téléconsultations durant le covid-19. Un modèle de rémunération supplémentaire pourrait-il être applicable ?

f) La prise en charge de l'auteur nécessaire :

La prise en charge des violences conjugales est décrite comme globale en ce que tant la victime que l'auteur sont pris en compte (18). Cet intérêt avait été mis en avant dans cette étude. Cependant, des freins à cette prise en charge avaient également été évoqués, parmi d'autres, une difficulté dans l'identification des auteurs, en dehors des plaintes rapportées par la victime, sa place de médecin de famille si celui-ci s'occupe du couple craignant une répercussion sur le lien thérapeutique avec l'auteur et la victime.

En effet les soignants peuvent être en difficulté notamment par le manque d'expérience face aux auteurs de violence et ne pas savoir comment les prendre en charge (19). Actuellement en Belgique, Praxis est une ASBL qui s'occupe des auteurs de violences conjugales (hommes et femmes). Des colloques sont également organisés à destination des professionnels.

g) Le dépistage systématique :

Le dépistage systématique est recommandé chez la femme, dans certains pays, mais ne l'est pas en Belgique (4) (15). Des freins à son utilisation sont évoqués dans la littérature comme le manque de temps pour pratiquer du dépistage ainsi que la crainte d'une dégradation du lien thérapeutique avec la patiente. La détection par point d'appel étant préférée au dépistage (11). Dans cette étude, des freins similaires ont été évoqués. De plus, l'efficacité du dépistage systématique est également controversée dans la littérature. Cependant, il semble tout de même avoir son efficacité concernant les femmes enceintes (20).

h) Construire un réseau de soins de proximité :

Comme précédemment évoquée, la prise en charge ne repose pas uniquement sur le médecin généraliste. En effet, se créer un réseau de proximité avec différents acteurs de terrain est recommandé afin d'orienter au mieux les victimes. (4) (18) Or, la méconnaissance des réseaux peut mettre en difficulté le médecin généraliste dans son rôle d'orientation. Les résultats de cette étude allant dans ce sens.

Pour pallier cette problématique, il existe une liste de contact créée par la SSMG (annexe 4) ainsi qu'une section recherche disponible sur le site « Écoute violence conjugale » permettant de trouver des acteurs locaux. La communication entre les praticiens et ces structures pouvant être un plus et peut permettre de renforcer la gestion de la prise en charge.

IV. Forces et Limites de l'étude

Cette étude a permis d'explorer l'expérience du soignant notamment son comportement face à la détection et la prise en charge de situation de violence conjugale. Elle a également permis de mettre en avant les freins des praticiens et d'envisager des pistes de solutions. L'originalité de cette étude réside par le fait que celle-ci soit une étude de terrain et permette de faire une mise au point sur l'expérience des médecins généralistes, en 2021, en Belgique. Je n'ai pas trouvé d'étude belge de ce type lors de mes recherches.

Je suis consciente que ces résultats ne sont pas généralisables. De plus, la saturation de mes données n'a pas été atteinte avec les sept entretiens.

Des biais peuvent subsister dans la sélection des participants. Deux d'entre eux me connaissaient et les médecins généralistes interrogés n'avaient qu'une petite expérience dans le domaine des violences conjugales. En effet, les résultats de cette étude auraient pu être différents face à des médecins expérimentés sur le sujet. De plus, la majorité des médecins interrogés provenaient d'une région semi-rurale ce qui peut constituer un biais.

De plus, je suis consciente que la manière dont j'ai mené les entretiens ainsi que leur analyse, uniquement réalisé par mes soins, peut constituer une limite dans cette étude. En effet, cela ne peut refléter que mon interprétation personnelle pouvant être influencée par ma position face à la problématique de la violence conjugale. Cependant, afin de limiter ce biais, la reformulation lors des entretiens a été utilisée afin de confirmer les dires des participants.

V. Perspectives

Il serait intéressant d'approfondir les besoins des médecins généralistes et ce qu'ils pourraient accepter de réaliser afin de renforcer leur pratique. Il serait intéressant également d'identifier la pratique des médecins généralistes formés à la problématique des violences conjugales et d'en dégager des pistes de solutions pour aider les médecins généralistes dans leur pratique.

Une étude sur la collaboration des acteurs de réseaux et des médecins généralistes seraient également pertinente afin d'évaluer les attentes de chacun et d'en dégager des schémas de collaboration.

Conclusion

La violence conjugale est un problème de santé publique. Les victimes, souvent associés aux femmes, sont aussi des hommes et des enfants et les conséquences de ces violences peuvent être désastreuses. La société pousse à rendre ce phénomène de moins en moins tabou en poussant les victimes à se confier, et à la population à être attentif face à ce phénomène.

Les médecins généralistes sont désignés comme des intervenants de première ligne pour les victimes en recherche d'aide. Cela souligne l'importance de sensibiliser les médecins généralistes afin de leur permettre de répondre à la violence conjugale. Cette étude qualitative par théorisation ancrée, a permis de déterminer leur expérience face à la détection et la prise en charge de situation de violence conjugale. Cette étude a permis de mettre en avant les freins en lien avec leur expérience ainsi que des pistes de solutions afin de parfaire leur pratique. En y ajoutant les informations reprises par les guides de bonne pratique et la littérature, on peut conclure, via l'analyse de leur comportement, que les médecins généralistes s'appliquent à cette tâche mais qu'une sensibilisation sur le sujet, notamment au niveau de la détection et l'orientation est nécessaire. En effet, des freins ont été identifiés. Ces freins sont, plus particulièrement, en lien avec le soignant tant par leur rôle de médecin que par leur doute face à une situation de violence conjugale. Il est aussi en lien avec la victime telle que l'ambivalence de celle-ci par rapport à leur situation ou le sentiment de honte ou de peur de révéler la violence subie.

Un frein en lien avec l'organisation journalière notamment la problématique du temps accordé en consultation a été mentionné comme pouvant constituer un obstacle à la détection et la prise en charge globale des patients.

Un des derniers freins mis en évidence consiste en la peur pour le soignant d'éventuelles répercussions sur le lien thérapeutique existant entre l'auteur de violence et le praticien. Les médecins se veulent prudent face à une suspicion de violences conjugales.

Les solutions envisagées peuvent être, principalement, la diffusion des aides mis à la disposition des praticiens tels que les guides de bonne pratique, les outils d'aide et les formations disponibles. Ces solutions sont à considérer afin de permettre aux médecins généralistes d'enrichir leur pratique face à la détection et la prise en charge de situation de violence conjugale.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. **La violence à l'encontre des femmes.** [internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. 2017. (Consulté le 15/03/2020)
2. S.drieskens.S.Demarest. **Étude sur la violence intrafamiliale et la violence conjugale basée sur l'enquête de santé de 2013.** En Belgique : Institut pour l'égalité des femmes et des hommes ;2015.
3. Offermans AM. **Violences au sein du couple : les enfants en souffrance. Référentiel à destination des professionnels de santé. Comment détecter ? Comment accompagner ? Comment orienter ? Tome 1 et 2.** Bruxelles : Fonds Houtman (ONE) et Département de médecine générale (ULB) ;2017.
4. Offermans A-M, Vanhalewyn M, Van der Schueren T, Roland M, Fauquert B, Kacenelenbogen N. **Guide de pratiques cliniques : Détection des violences conjugales.** En Belgique : Société Scientifique de Médecine Générale ; 2018.
5. Lanfontaine JB, Felgueroso-Bueno F , Vanmeerbeek M. **Guide de rédaction du TFE en médecine générale.** [Internet]. Disponible sur : <http://hdl.handle.net/2268/227341> 2017. (Consulté le 10/03/2020)
6. De Rouffignac S. **Étude qualitative : résultat et discussion.** Bruxelles : cours en ligne organisé par l'UCL ; 2020.
7. Blais M, Martineau S. **L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes.** Québec : Université du Québec à Trois-Rivières ; 2006.
8. Kacenelenbogen.N, Offermans A-M. **La prévalence des violences entre partenaires. Pourquoi la détection par le médecin généraliste ?.** Belgique : Revue médicale de Bruxelles ; 2009.
9. A Rabathaly P, Chattu VK. **Sexual healthcare knowledge, attitudes, and practices among primary care physicians in Trinidad and Tobago.** [internet]. 2019. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30984683/> (Consulté le 03/12/2020)
10. Lam TP, Yan Chan H, Piterman L, wa wong m, Sing sun K,Lam KF,et al. **Factors that facilitate recognition and management of domestic violence by primary care physicians in a Chinese context - a mixed methods study in Hong Kong.** [internet]. 2020. Dipsonible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32731852/> (Consulté le 03/12/2020)

11. Kopcavar Gucek N, Petek D, Svab I, Selic P. **Barriers to Screening and Possibilities for Active Detection of Family Medicine Attendees Exposed to Intimate Partner Violence.** [internet]. 2015. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27647084/> (Consulté le 23/11/2020)

12. Kacenelenbogen N, Offermans A-M. **La détection et l'accompagnement des victimes de violences entre partenaire par le médecin généraliste.** A Bruxelles : Revue Médicale de Bruxelles;[2010]

13. Kacenelenbogen N ,Schreiden L, Offermans AM. **La communication comme pierre angulaire d'un changement.** Belgique : Revue médicale de Bruxelles ;2019.

14. Gear C, Koziol-Maclain J, Wilson D, Clark F. **Developing a response to family violence in primary health care : the New Zealand experience.** [2016]. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4992219/> (Consulté le 23/11/2020)

15. HAS. **Repérage des femmes victimes de violence au sein du couple : comment repérer -évaluer.** France : Haute Autorité de Santé ; 2019.

16. Offermans AM, Warlet FJ. **Les violences conjugales - Cadre juridique et déontologique Aspects relatifs au dossier et au certificat médical.** Société Scientifique de Médecine Générale ; 2018.

17. Beck T, Trawoger I, Riedl D, Lampe A. **Awareness training for domestic violence for medical professionals. Are they efficient too ?.** [2020]. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32112262/> (consulté le 23/11/2020)

18. NICE. **Domestic violence and abuse : Guideline :multi-agency working.** Angleterre. National institute for health and care excellence ;2020.

19. Penti B, Tran H, Timmons J, Rithman E, Wilkinson J. **Physicians experiences mal patients who perpetrate intimate partner violence.**[2017].Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28379831/> (Consulté le 03/11/2020)

20. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsey J, Davidson L, Feder G, Taft A. **Le dépistage des femmes dans les établissements de soins quant aux violences exercées par un partenaire intime** [2015] Disponible sur https://www.cochrane.org/fr/CD007007/BEHAV_le-depistage-des-femmes-dans-des-etablissements-de-soins-quant-aux-violences-exercees-par-un (consulté le 03/11/2020)

Entretien numéro 1 :

Moi : Que vous évoque les violences conjugales ?

M1: euh...qu'est-ce que ça m'évoque...ben...comme on entend à la télé et à la radio. Toutes les violences physiques mais aussi psychiques ,financières, séquestrations, .. tout ça d'un homme sur une femme (silence). Pas toujours dans les milieux qu'on pense, pas toujours les milieux défavorisés. Il faut penser à tout le monde.

Moi: oui tout à fait! et dans votre pratique avez-vous constaté que c'était fréquent ?

M1:(réfléchis)...Déjà eu quelque cas.(réfléchis). oui je peux en trouver trois... donc ça ne fait pas beaucoup en dix ans.

Moi: Donc trois cas en dix ans.

M1: oui donc ça ne fait pas beaucoup.

Moi: Et vous avez une petite idée de la prévalence des violences conjugales?

M1: ah non ça pas du tout! non!

Moi: A votre avis qu'elles sont ou pourraient être les répercussions de ces violences sur les victimes?

M1: bien...euh...je dirais que...euh...des répercussions de la violence physique. On a déjà tous fait des constats de coup: " il m'a tapé dessus..". En garde souvent ça nous tombe dessus les constats de coup. Je pense que c'est parce que les patientes ne veulent pas forcément en parler au généraliste qu'il les connaissent mieux. c'est du coup peut-être plus facile pour la patiente. Mais sinon tu peux me rappeler ta question?

Moi: Donc quelles sont les répercussions possibles sur les victimes ? ici si je comprends bien une répercussion sur leur santé à cause des coups?

M1 : oui voilà oui! Mais aussi les symptômes annexes comme la fatigue, euh la dépression, euh tout ce qui...comme le burn out c'est des symptômes déguisés. C'est plutôt des problèmes psychologiques.

Moi: Donc vous-pensez que les violences conjugales pourrait amener des troubles psychologiques, dépression ,...

M1: oui quelqu'un qui a toujours des maladies, mal au ventre.. voilà c'est un truc de somatisation d'un mal être qui peut être.. révélatrice d'un problème conjugale à ce moment-là sur les violences psychologiques principalement.

Moi: D'accord ! Et selon vous quel est le rôle du médecin généraliste face à ce genre de situation ?

M1: réfléchis....ben oui...ça va être de pouvoir identifier justement les causes psychologiques à des problèmes organiques comme on va pouvoir le faire dans un style de burn out. Faire en sorte que la personne s'en rend compte. Et puis voilà! Lui ouvrir les yeux si elle ne se rend pas compte que c'est pas normal.

Moi: oui donc si je comprends bien d'amener la patiente à une prise de conscience .

M1: oui voilà! Parce que souvent certaines trouvent ça normal: "c'est normal que mon mari me traite de conne.. voilà c'est comme ça.. j'ai toujours eu l'habitude.. donc faut qu'elle se rende compte que c'est pas normale. Et puis après euh.. lui donné les aides possibles...comme les numéros de téléphone...voilà

Moi: oui Très bien. Tantôt vous avez aborder le fait d'identifier. Vous avez eu l'occasion de détecter des cas de violences conjugales ? Et donc avant que la victime vous en parle.

M1: huuuuuummmmmmm il faut que je réfléchisse à ce cas-là...réfléchiseuh c'est plutôt dans ce cas-là...enfin oui...c'est plutôt des violences psychologiques. oui des fois ça m'est arrivé de me rendre compte qu'en fait il devait avoir un problème dans le couple.. et que donc le problème devait être là et donc de moi-même demander comment ça se passait dans le couple.

Moi: Et c'était quel élément qui vous avait mis la puce à l'oreille ?

M1: ...en les connaissant ! que je me souviens...elle venait pour des problèmes psychologiques et son partenaire venait toujours avec. Il venait toujours avec.. et une

seule fois elle est venue toute seule! Et je crois que je lui ai posé la question et là on était parti pour longtemps....pour causer pendant longtemps de tous les événements en fait ! C'est vrai que moi je pensais que c'était un couple super heureux..ils font tout ensemble et en fait non pas du tout!

Moi: ah oui je vois

M1: Est-ce qu'il venait avec systématiquement pour ne pas qu'elle commence à parler ...ça je ne sais pas. Hummm ...(silence)..pour dire oui : " il n'est pas gentil.. qu'elle n'était pas heureuse dans son couple. Et donc elle prenait des antidépresseurs, elle avait mal partout tout le temps...elle prenait duloxetine ça allait plus ou moins. Et la fois où elle est venue toute seule le discours était tout à fait différent. Enfin voilà elle m'a mise au courant de ses problèmes de couple...

Moi: ah oui ! Et vous aviez remarqué quelque chose d'autre mis à part le fait qu'elle était tout le temps accompagnée ?

M1: ben non non. franchement non. Même le fait qu'elle soit tout le temps accompagnée ne m'avait pas choqué comme je le disais. Donc trouver moi-même vraiment des signes je ne crois pas que cela me soit vraiment déjà arrivé.

Moi: Et vous savez à quels signes il faut prêter attention ?

M1: pas vraiment non

Moi: Avez-vous déjà entendu parler de recommandations ?

M1: ah non! Des recommandations comme ça non.. vraiment sur les violences conjugales.. non

Moi: Vous me disiez par rapport aux signes des plaintes physiques, psychologiques, somatiques...d'autres plaintes vous viennent à l'esprit ? Selon votre connaissance ou pratique.

M1: non pas directement comme ça. non c'est à peu près les seules plaintes qui me viennent comme ça. réfléchis.....On pourrait imaginer les "sous". Par exemple que le mari contrôle l'argent...pas de revenus par exemple, ou le mari qui gère tout... tout l'aspect financier. On pourrait imaginer aussi que cela soit une forme de violence.

Moi: oui tout à fait ! Et justement au niveau des recommandations on ne suggère d'être proactifs face à des plaintes somatiques, consultations à répétition sans diagnostic précis, mais aussi plaintes uro-gynécologique à répétitions, symptômes dépressives,...ça vous semble possible d'interroger les éventuels victimes devant ce genre de tableaux ?

M1: réfléchis... oui ça pourrait....quand on connaît les patients depuis longtemps. La patiente ici je l'avais déjà vu à plusieurs consultations au moins 3-4 consultations. Je crois qu'il faut pas grand-chose si c'est le cas pour débloquer une situation.

Moi: donc si je comprends bien plutôt interroger après plusieurs consultations et quand on connaît la patiente...

M1: oui voilà et pas directement! parce que si à chaque infection urinaire on parle de ça ça n'ira pas (rires)..mais si il y a des plaintes du côté mari et tout ça on peut très bien facilement demander "comment ça va à la maison" des trucs comme ça...et donc soit c'est un échec et elle ne voudra pas en parler.. soit je pense que c'est juste mettre une petite étincelle est on est parti et on est sera au courant de tout.

Moi: oui je vois tout à fait. Et donc vous pouvez m'expliquer plus en détail comment vous aborder le sujet lors d'une suspicion de violence conjugale ? Comment vous vous y prenez ?

M1: Tout d'abord je lui dis que c'est pas normal. Qu'elle ne peut pas continuer à vivre comme ça. Que ce n'est pas une situation qui est acceptable. et qu'elle doit essayer de réagir et doncet donc le problème aussi c'est qu'on va voir le mari probablement prochainement et donc si jamais on l'attaque frontalement le mari soit il va nier soit on ne le verra plus. Et il va peut-être empêcher sa femme de venir en consultation. Et donc là on a tout perdu ! Donc il faut lui donner les pistes...il y en a assez...faut voir sur internet...je pense qu'il y en a assez.. l'assistance sociale.. ou des psy qui sont plus peut être plus

neutre au niveau familial et qui vont peut-être pouvoir aider la patiente avec du concret éventuellement .

Moi: D'accord! Et comment vous introduisez le sujet ? Par exemple elle vient vous voir pour une plainte tout autre.. et vous voulez aborder les violences conjugales..

M1: bah je demande comment ça va à la maison.. l'ambiance. C'est plutôt une phrase type. Parler de son compagnon en question...voir sa réaction.. comment elle réagit quand je dis son nom. Le non-verbal peut jouer! On peut très bien remarquer entre un grand sourire, c'est génial avec lui, tous les soirs il m'offre des fleurs... et se renfermer et ne pas en parler. Je pense que le non-verbal peut être utile...après voilà une petite phrase de "comment ça se passe à la maison ?". Truc que j'ai déjà souvent dit .

Moi: donc si j'ai compris plutôt ouvrir le sujet via une question générale, ouverte ?

M1: oui tout à fait ! on ne sait pas ce qui se passe chez les gens. Même si on a l'impression de les connaître on n'est pas chez eux. On n'est pas sûr s'il tape dessus ou si violence psychologique....faut pas aller trop vite...il y a le risque de se tromper. Faut faire attention.

Moi: Justement dans les recommandations on nous suggère d'apporter les soins nécessaires à la victime en respectant son rythme et sans exercer de pression? vous en pensez quoi ?

M1: Tout à fait! Il faut lui donner les outils et lui rappeler les outils. Enfin c'est le même. c'est clair que voilà....Il faut lui donner les outils mais qu'elle fasse elle-même la démarche. Moi j'ai un cas dans mes patientes...j'ai donné les outils, je lui répète les outils mais voilà elle me dit qu'elle ne veut pas se retrouver sans sa maison...et...donc ...que faire ?

Moi: vous en pensez quoi de l'attitude de la patiente ?

M1: ben on a tout donné ! C'est à la patiente de vouloir que ça aille plus loin.. de faire changer les choses.

Moi: d'accord.

M1: Puis voilà il y a le séquestre adoré.. je ne sais plus c'est quoi ce syndrome là....Stockholm c'est ça ?

moi: oui c'est bien ça. oui

M1: Là c'est vraiment difficile. On peut pas faire les choses à la place des gens. Si c'est pas ce qu'ils veulent....

Moi: Oui je comprends.. et donc vous pensez que voilà on donne les outils et c'est à la patiente de vouloir changer les choses ?

M1: Oui voilà! elles sont comme prises au piège...mais nous on sait pas faire grand-chose de plus.

Moi: Vous parler que la patiente est pris au piège...quel type de "messages " vous transmettez à la patiente? Vous vous y prenez comment ?

M1: Bien je tape dans Google...je lui montre qu'il y a plusieurs choses et différents trucs qu'elle pourra aussi aller voir.. donc c'est juste taper dans Google.. euh...c'est ce que je vais faire mais je vais le faire avec elle! Montrer qu'elle n'est pas la seule.. qu'on peut faire des trucs.. qu'il y aura d'autres témoignages qui vont peut-être être dessus.. euh.. que c'est pas quelque chose qui doit rester tabou comme ça.. il faut bouger et qu'il y a d'autres femmes qui s'en sont sorties très bien grâce à ça du coup.

Moi: Ok ok..et mettre des flyers dans la salle d'attente vous en pensez quoi?

M1: Humm....réfléchis...oui c'est vrai que souvent ça marche bien. Avant j'avais tout un bazar ou une firme venait mettre....des flyers...comme des pubs pour des compléments alimentaire ou d'autres trucs.. enfin.. que je devais contrôler un peu pour ne pas devoir prescrire des trucs que j'avais pas envie.. donc oui ça peut aider mais elles ne vont pas rentrer avec chez-elle avec car elles sont souvent sur contrôlée ces femmes aussi justement...donc pour moi elle vont avoir peur de rentrer avec ça et si elle n'ont pas peur c'est que pour moi le problème est déjà réglé. Donc euh oui je pense que c'est une bonne idée...elle vont le regarder et peut être prendre le numéro d'aide. Il faut qu'il y ait un numéro

et que ce soit pas trop long...expliquer quelque cas pour qu'elle s'y retrouve...donc moi je suis pour !

moi: Vous pensez que ça peut être utile?

M1: Voilà et peut être qu'elles auront le courage à ce moment-là d'oser en parler à la consultation. Ca pourrait arriver !

Moi: Ah oui.. donc pour vous ça pourrait aider aux révélations?

M1: Tout à fait parce que les patients pensent.. enfin ça doit être le cas.. que s'est mis volontairement par le médecin et que c'est lui qui décide et donc que ce sont des choses qu'il voudra bien traiter. C'est pour ça que moi j'ai laissé tomber ça parce que c'est pas moi qui choisisait et on me posais des questions sur des trucs qui était dans ma salle d'attente et que je ne connaissais pas car je ne regardais pas.. et du coup j'ai laissé tomber.. mais donc ça permet de dire "ah tient le médecin veut bien qu'on parle de ça" et donc "je vais avoir plus facile à lui en parler"

Moi: Tout à fait ! et dans ce contexte de violence conjugale vous seriez prêt à remettre des flyers dans la salle d'attente?

M1: Pour ce genre de truc oui

Moi: Très bien ok! ..euh.. tantôt vous me parliez de prise en charge. Vous orientez vos patientes vers quel type de service? Vous donnez....

M1: ben ici il y a un truc qui dépend du CHR de Namur...j'avais regardé donc pour la violence conjugale et il y avait un numéro de téléphone prévu pour ça...des assistantes sociales et des psys qui sont là. C'est le seul que je connaisse.. euh..

Moi: Vous savez me donner plus de détails sur le service en question ? un nom ? le numéro ?

M1: Non pas comme ça.

Moi: Vous ne le connaissait pas par cœur ?

M1: Non.. je sais que ça dépend du CHR de Namur.

Moi: Et l'orientation des victimes vous semble parfois compliqué ?

M1: euh c'est pas arrivé souvent heureusement...j'ai pas eu beaucoup de cas dans ma carrière. Mais voilà je commence par donner le numéro du CHR et leur demander si elles ont appelé...je vais pas juste leur donner et puis hop on passe au suivant et ne plus jamais en reparler...je pense que si ça été exprimé une fois je repose la question voir s'il y a eu une avancée là-dedans.

Moi: D'accord et..

M1: Et donc la prochaine fois qu'elle viendra pour autre chose je demande si elle a appelé et la plupart du temps elle ne l'aura pas encore fait donc c'est là qu'il faut lui répéter...et parfois le répéter plusieurs fois...faut le faire

Moi: Tout à fait! et du coup pour vous c'est multidisciplinaire si je comprends bien...ça ne repose pas que sur votre prise en charge à vous?

M1: Certainement pas ! Parce que voilà on a pas les armes.. on ne sait pas s'il faut trouver des centres d'accueils quand la femme doit vraiment quitter son domicile.. et voilà ça arrive.. ces centres d'accueils.. ben on a pas l'accès..

Moi: Vous ne connaissez pas du tout..

M1: Non du tout. je pense que quand ça t'arrive ben tu te renseignes vraiment tu sais trouver et tu peux aller aussi loin.. mais je trouve que ça tu peux déléguer à quelqu'un qui s'y connaît bien et qui sait qui appeler. Nous passer notre temps à trouver le numéro, à appeler, expliquer et parfois pas connaître les détails plutôt techniques et juridiques qui sont là derrière.....hummm...donc quelqu'un chez qui c'est uniquement le boulot sera beaucoup plus apte à savoir parler et à savoir rediriger et avoir déjà l'expérience d'autres cas pour y arriver.

Moi: Et vous seriez demandeur d'avoir une liste avec les aides, les référents vers qui vous pouvez orienter la patiente?

M1: Oui! si ça peut....maintenant le problème de ces listes c'est que tu as des listes pour un peu plein de trucs hein. Et donc parfois un numéro ça suffit (rires)

moi: haha! j'en prend note

M1: Après voilà si la patiente veut que ce soit uniquement le médecin généraliste qui gère...ça peut arriver....dans ce cas-là c'est à nous de se débrouiller....après il y a la police aussi...c'est clair que la police quand il y a histoire de constat de coup...quand la plainte est déjà posée...tout le système judiciaire...voilà

Moi: Et quand la patiente vous déclare subir des violences...vous faites quoi de ces informations?

M1: C'est dans l'ordi! Avec mes mots pour moi. Mais comme ça arrive pas souvent souvent je retiens.. enfin quand on connaît.. quand c'est nos patients...on connaît le mari, les enfants...quand on entend ce genre de choses on s'en souvient.. on va pas commettre la bourde de l'oublier par après! enfin voilà peut-être pour moi! c'est pas comme des rhumes ou des trucs comme ça que parfois on oublie. On peut voir ça comme une pathologie principale et qu'on retient !

Moi: Donc le fait que ce soit marquant pour votre pratique il y a pas vraiment le besoin de taper tout dans le PC ?

M1: Non pas en détails non

Moi: D'accord..

M1: Sauf voilà si mon assistante a besoin de savoir mais alors je vais lui dire plutôt oralement et donc noter un petit truc pour rappeler...maintenant si on est vraiment plusieurs on peut écrire ça...oui..

Moi: et vous me disiez par rapport aux certificats médicaux ou constats que vous remplissez.. vous le faites systématiquement?

M1: Ah non non! c'est à la demande de la patiente. Ben souvent c'est elle qui vient pour ça pour aller porter plainte à la police ou il demande le constat de coup...donc ça oui d'office on le fait!

Moi: et vous savez quoi mettre dans ce constat? pas de difficultés?

M1: non! ce que je constate et l'origine possi...probable de...expliquer selon les dires de la patiente.. qu'est ce qui s'est passé...avec la date...oui je n'ai jamais eu de...

Moi: et donc vous indiquez l'examen clinique et d'autres choses?

M1: Ah non juste ce que l'on voit!

Moi: d'accord donc juste ce qu'on voit okok.

hum...ça vous ai déjà arrivé d'avoir craint de la vie de la patiente.. vous avez senti qu'elle pouvait être en danger?

M1: Non!

Moi: Donc jamais eu de situation où vous avez pensez que la patiente courait un danger..

M1: Non!

Moi: Comment vous évaluer ça en général?

M1: c'est dans la situation familial et le type de personne qu'on connaît....si je réfléchis à des exemples.. je sais que elle ne se laisseront pas faire...c'est surtout quand c'est physique...sauf si voilà c'est psychologique et que ça pousse au suicide. Mais voilà moi ça m'est jamais arrivé à ce point-là de me dire oulalala il faut vraiment faire quelque chose.. dans l'urgence. C'est la chronicité qui pose problème..

Moi: Et imaginons dans une situation où vous sentez qu'il y a quelque chose...enfin un risque vitale pour votre patiente.. est-ce que vous pensez savoir l'évaluer facilement? de se dire là c'est certain faut que j'agisse...

M1: Euh...pffff....réfléchis...c'est vraiment si crescendo.. s'il la balance du haut des escaliers et qu'elle va prendre un...un radiateur ...(rires)

moi: ah oui!

M1: Donc c'est crescendo...et un moment quand ça passe une limite je veux dire supplémentaire ou là ..là il faut vraiment faire attention. Et qu'est-ce que je ferais? La police viendrait vite dans le problème.

Moi: Vous connaissez la grille de Campbell ou pas du tout?

M1: Pas du tout.

Moi: C'est une grille qui comporte une dizaine de questions pour permettre d'évaluer le risque.. vous pensez que ça pourrait vous être utile? il faut cocher et au-delà d'un score il y a un risque pour la patiente.

M1: Oui ce genre d'échelle sont toujours les bienvenues. Ca nous permet de nous faire une idée surtout qu'en médecine générale il y a tellement de pathologies différentes, de trucs différents. Au moins oui avec ça on peut vite se faire une idée...par exemple pour l'alcool ça existe aussi...c'est plutôt utile

Moi: Donc utile d'accord

M1: Si c'est court, bref et qu'on peut un peu y répondre soi-même aussi...parce que poser les questions à la patiente.. si tu fais une bonne anamnèse tu sais y répondre par toi-même en général.. puis après l'échelle finalement tu l'as en tête

Moi: Hum hum

M1: Mais voilà si tu me demande quand je sortirais cette échelle c'est sur le crescendo des violences, l'importance des coups...ou imaginons pour des médicaments vitaux.. que la patiente doit en prendre et que le mari l'empêcherait...par exemple une diabétique.. on lui casse toutes ses insulines..bhen voilà là je pourrais me dire d'évaluer..

Moi: Et par rapport à votre ressenti durant des consultations qui abordent les violences conjugales? Vous vous sentez comment?

M1: mmmmmm..c'est plutôt démunis (soupir). On a envie de faire des trucs, rentrer dedans et de dire bien là...enfin faire tout à la place de la patiente pour qu'elle parte de ce milieu-là mais que ça ne se fait pas...parce que il y a un côté financier de pas vouloir partir.. être sous l'emprise toujours mais" je l'aime quand même"...t'as envie de dire mais merde faut bouger beaucoup plus! On aurait envie de le faire à sa place...mais bon voilà ça on en peut pas...tu vas pas la prendre chez toi..(rires)..mais euh oui c'est plutôt désespérer que ça n'avance pas.

Moi: Que ça n'avance pas..

M1: Oui et du coup t'es un peu obligé de mettre ça en dehors de ta tête en disant "j'ai fait ce que je pouvais faire...j'ai donné le numéro, j'ai fait son truc...c'est plus mon problème mais ça reviendra ton problème à la prochaine consultation. ça c'est clair! et du coup du va un peu recommencer la même chose

Moi: Et par rapport à cette prochaine consultation c'est la patiente qui reprends contacte? vous vous organisez comment pour la prochaine consultation?

M1: Si elle a l'intention de vouloir bouger les choses et que tu sens qu'elle veut vraiment , qu'elle veut vraiment bouger les choses alors autant , pour la soutenir, alors programmer une consultation mais si ça va pas prendre, que tu donnes des pistes mais que oui mais elle est déjà hésitante, que non mais oui alors là tu vas plutôt la laisser et la fois où elle reviendra tu poseras la question. Moi je le ferais de manière proactive "est-ce que vous avez appelé?". Je ne ferais pas semblant de rien ça je trouverais ça honteux. On apprend quelque chose d'important... à la prochaine consultation pour un truc qui n'a rien à voir avec ça bien entendu.. mais de nier l'affaire.. faire celui qui a oublié.. ça.. c'est lâche!

Mais.. euh ...voilà dire...si elle est motivée d'y aller à fond! et de la soutenir ..après c'est pas pour qu'elle se sente pas comme si elle était toute seule même si toi tu n'auras rien fait.. les patients aiment bien sentir qu'il y a quelqu'un qui pense un peu à eux. Ca c'est dans toute pathologie.

Moi: Oui donc vous gérer la plainte concernant la consultation plus vous ré aborder le sujet des violences...

M1: Oui après ça prend du temps!

Moi: Vous vous sentez comment face à ce "temps"?

M1: Ben ça va dépendre de la journée. Il y a des moments...après voilà ça dépend si c'est une longue soirée de consultation le vendredi après-midi ben ça va aller. Mais ça m'ait déjà arrivé à la dernière consultation du matin.. heureusement j'avais pas beaucoup de visite...après ça a pris 1H 1H15...après tu vois pas le temps passé quand c'est bien animé et quand ça avance. quand ça n'avance pas...euh...ben tu fais avancer les choses c'est ta consultation.

Moi: Et comment vous vous sentez quand ça n'avance pas?

M1: nooon mais je fais avancer les choses moi-même. Voilà ça dépend de la consultation. Si elle veut pas trop parler de tout ça...ben je vais pas parler à sa place. Je vais lui donner ce qu'on peut faire, dire que c'est pas normal.. enfin ça va prendre 10min de le dire et puis après de.. de lui dire...de reprendre un rendez-vous pour qu'on en reparle

..

Moi: ah oui plutôt reprogrammer.

M1: Qu'elle réfléchisse et puis on en reparle. C'est qu'elle est pas prête d'en parler ce jour-là.

Moi: Vous avez identifié d'éventuels difficultés face aux victimes? Que ce soit au niveau détection, prise en charge,... ce qui vous vient à l'esprit.

M1: Euh.....(réfléchis)....non la difficulté c'est quand la femme ne veut pas changer. C'est vraiment embêtant..

Moi: Pour vous c'est vraiment un difficulté importante?

M1: Oui parce que je ne vais pas comprendre. j'ai du mal à comprendre qu'elle n'a pas envie de réagir et de changer. Rester dans la même chose

Moi: C'est difficile pour vous d'accepter ça. Le fait que la patiente a du mal à vouloir bouger les choses, changer les choses.

Moi: C'est pas accepté. J'ai envie de le faire à sa place. Oui j'accepte qu'elle accepte la violence parce que c'est (soupire) parce que ça fait partie de sa vie.. on va dire.. mais moi je ne l'accepte pas cette façon-là.. et je vais m'exprimer que c'est pas normal mais bon...de toute façon on fera tout pour essayer de l'aider

Moi: Oui tout à fait apporter l'aide à la patiente

M1: (Silence)...si la patiente met sa vie en danger en buvant de trop ou en faisant des trucs néfaste pour sa santé; même si nous on se dit c'est pas possible de continuer avec ça.. c'est pas pour autant qu'on va l'abandonner. On va quand même essayer de l'aider.

Moi: Oui tout à fait! C'est quand même notre rôle on ne peut pas abandonner les gens. Voilà on trouve ça nul, néfaste qu'elles ne veulent pas changer mais c'est qu'elles ont une raison.

Moi: D'accord je comprends! et vous pensez devoir approfondir votre pratique?

M1: Non! Maintenant si il y a une échelle comme tu en as parlé.. Campbell... euh.. suivi de quelque numéro utile près de chez nous; parce que ça dit être près bien entendu. Ça ça pourrait suffire ça permettrait de vite rediriger vers des gens Aptes à la prise en charge de ces problèmes-là.

Moi: Et des aides à la détection ça vous intéresserait aussi?

M1: Oui! comme tu disais un flyers.. un petit truc.. voilà qui peut facilement.. voilà les plaintes principales ou les critères d'alertes et une échelle d'évaluation et puis les numéros en dessous...Le tout sur une même face.

Moi: Par rapport à la détection, nos voisins français font du dépistage systématique. Cela consiste à poser la questions des violences conjugales via un questionnaire lors d'une consultation pour une autre plainte. Vous en pensez quoi?

M1: Bien ça ça pourrait...enfin oui j'ai deux réponses. Dans un sens on pourrait le faire quand on connaît bien les patients même si voilà c'est pas toujours aussi clair mais on peut parfois se dire "oui celle-là elle doit pas avoir de problèmes et quand on connaît le mari et qu'on sait qu'il touchera pas à une mouche. Donc le faire sur des patientes de tout

venant.. non! Après c'est compliqué de devoir poser cette question à des patientes qu'on voit une première fois en consultation. Par exemple dans les consultations en ville ou dans les maisons médicales où il y a souvent des nouveaux patients...ben poser la question systématique ça va paraître.. ça va paraître bizarre.

Moi: Vous craignez la réaction de la patiente si je comprends bien

M1: ben elle va se dire " pourquoi il m'a prise pour une femme battue"(rires)

C'est comme un ami français qui faisait des touchés rectales à tout patient qu'il voyait (rires) ça faisait partie de l'examen clinique de base pour lui

Moi: (rires) ah oui okok

M1: Voilà ça ne se fait pas!

Moi: Donc plutôt l'appliquer chez les patientes qu'on connaît bien?

M1: Voilà! et si on connaît bien. ben on va déjà sélectionner en se disant "ah ben tiens là il risque d'y avoir un problème". Après voilà l'habit ne fait pas le moine. C'est peut être des maris épouvantables avec leurs femmes. Puis après il y a celles qui ne diront rien et pour celles qui ne s'exprimeront pas...là c'est plus compliqué de trouver le point d'appel...

Moi: humhum

M1: C'est mieux par point d'appel sinon il y a beaucoup de chose qu'on devrait faire systématiquement. Et ça c'est de la médecine préventive. C'est très bien mais en médecine générale on a pas toujours assez le temps de faire de la médecine préventive.

Moi: je comprends

M1: Vous avez d'autre point que vous aimeriez aborder par rapport au sujet?

M1: Comme ça.. je ne pense pas

Moi: Ok très bien. Un grand merci de m'avoir accordé cette interview

M1: Mais de rien!

Mais je pense aussi que la prise en charge de l'auteur ça pourrait être nécessaire.

Moi: C'est à dire

M1: Ben je ne sais pas mais je pense que c'est à considérer aussi.

ENTRETIEN N°2 :

Moi: Peux-tu me dire que t'évoque les violences conjugales?

M2: C'est un sujet intéressant! C'est pas quelque chose qu'on voit souvent en médecine générale. Parce que c'est pas un problème que je dépiste personnellement donc euh... ça...je sais que c'est un phénomène fréquent dans la population mais personnellement en médecine générale je n'en ai pas eu beaucoup.

Moi: D'accord et tu as des connaissances en matière de violence conjugale?

M2:euhhh

Moi: Y a-t-il des choses que tu connais sur le sujet comme le type de violence?

M2: oui euh.. Le type de violences il doit avoir la violence physique, psychique et.. euh voilà c'est tout ce que je peux te dire.

Moi: okok! Et si je reprends ce que tu me disais tantôt tu penses que les violences conjugales sont fréquentes dans la population mais pas en médecine générale?

M2: oui! Je pense que les gens n'osent pas parler de ce problème. Les patients n'osent pas.

Moi: hum hum ok. Dans le cadre de ta pratique tu as déjà été confronté à des cas de violences conjugales? Que soit tu as détecté ou non.

M2:Honnêtement euh.. le premier cas de violence conjugale et je pense que c'est le seul que j'ai eu en face de moi c'était un homme! Il se plaignait d'être battu par sa femme et voilà..

Moi: ah oui d'accord donc ici un cas d'un homme. Mais pas de femmes victimes de violences durant ta pratique?

M2: non! non non je repense au deux premières années en tant que médecin généraliste et même durant l'assistantat mais j'ai pas ..je pense.. oui encore une fois il y avait des femmes qui subissaient de la violence conjugales mais en tout cas..je..je ne leur ai pas parlé et elles ne m'en ont pas parlé.

Moi : Qu'est ce qui a fait que tu en as pas parlé ?

M2 : J'ai pas osé en parler parce que je savais pas quoi faire en plus et pas certaine que voilà il y avait de la violence conjugale. Euh je sais pas c'est pas facile à aborder. Tu te goudaillais t'as l'air de quoi ? imagine la réaction de la patiente si c'est pas le cas.

Moi: D'accord c'est intéressant! Dans un premier temps comment tu t'es senti ou comment tu as réagi face à ce patient?

M2: j'ai été surprise surtout que c'est un homme!

Moi: Qu'est-ce que tu veux dire par là?

M2: ben..je pense que les femmes sont plus à risque du moins pour la violence physique. Car les femmes sont censés être plus fragiles, plus frêles, plus petites que les hommes donc..hum...elle pourraient moins se défendre. Physiquement en tout cas. Mais en paroles non. je pense que si tu...enfin voilà pas forcément pour la violence psychologique. Pour la violence psychologique là il y a une égalité.

Moi: d'accord très bien.

M2: Après c'est interpellant le cas d'un homme. je ne m'attendais pas à ça. En plus je soigne les deux personnes séparément. Ils ne viennent jamais ensemble et c'est un couple. euh....je ne m'attendais vraiment pas à ça parce que la femme elle est toute gentille. Et voilà on dirait pas qu'il y est forcément un conflit quand on les regarde de l'extérieur.

Moi: Et tu avais ressenti quelque chose ou remarqué quelque chose à un moment au niveau du couple?

M2: ben disons en fait ce sont des nouveaux patients et que bon le mari a pas trop tarder c'est seulement au bout de trois consultations qu'il a décidé de m'en parler. Mais comme je l'ai voyais toujours séparément il ne me parlais pas forcément de leur couple donc voilà

Moi: ah oui toujours séparément

M2: oui il prenait toujours des rendez-vous séparément.

Moi: Et c'est le patient qui a abordé le sujet ou c'est toi ?

M2: En fait ce qui s'est passé.. C'est qu'il me disait que sa femme voulait que je lui prescrive...euh.. un calmant et compagnie. Enfin voilà plusieurs séances ça été comme ça parce que il me disait qu'il ne dormait pas le nuit. Que sa femme le trouvait..comment dire.. énervant etc..et que donc elle lui à limite demandé que je lui prescrive un tranquilisant. Et donc voilà j'ai posé quelque questions et puis j'ai dit que c'était pas à sa femme qui devait décider. Et c'est à partir de là qu'il m'a avoué. Il m'a dit voilà en fait : " elle me bat. C'est l'horreur à la maison. Elle frappe les enfants".. euh..(souple) voilà il ne sait pas trop quoi faire. Il est un peu perdu mais il ne veut pas que je parle de ça à sa femme.

Moi: okok. Et donc si je comprends bien le patient a dit d'emblée ce qui se passait à la maison?

M2: oui oui oui! C'est après plusieurs rendez-vous. je dirais après trois rendez-vous quand on discutait encore de l'histoire de stress et d'angoisse. Et c'est à ce moment-là qu'il a dit bon voilà je dois vous dire "ma femme...". Elle le rabaisse tout le temps aussi. parce que lui il est au chômage et elle elle travaille en tant que professeure. Et donc voilà c'est toujours le rabaisser.

Moi: ben c'est intéressant ! Et il a quel âge cet homme?

M2: je dirais 45ans

Moi: Et il y a des enfants aussi dans le couple?

M2: Oui et apparemment elle n'hésite pas à.. enfin je ne dis pas que.. qu'elle les torture et qu'elle leur coupe des doigts et compagnie hein! Mais euh apparemment elle n'hésite pas à donner une bonne gifle quand ils font des bêtises. Et apparemment elle dirait à l'homme " voilà tape sur les enfants parce qu'ils ont fait des bêtise etc...mais lui refuse donc c'est pour ça qu'il se dispute. C'est pour ça que ça tourne mal à chaque fois.

Moi: Que ça tourne mal. Et tu penses que cela pourrait avoir des répercussions sur ton patient ou les victimes en générale?

M2: ah ben bien sur oui! je pense ..c'est au fil des années je pense que ...quand on voit les conséquences?

Moi: Et pour toi quelles pourraient être ces conséquences?

M2: Je pense que ça pourrait pousser au suicide parfois! Je pense que c'est surtout des soucis psychiatriques jusqu'au suicide dans les cas les plus grave, les plus extrêmes. Mais c'est clair que c'est gâché sa vie de ne pas en parler. De rester comme ça et pfff vivre avec quelqu'un de violent et avec qui on en s'entend pas.

Moi: oui je comprends . Et tu penses.. du coup tu penses que le médecin généraliste pourrait avoir quel rôle à jouer face à ces violences conjugales?

M2: Mais je pense que.. ici j'ai plus un rôle de psychologue. J'ai voulu.. j'ai essayé de l'aider pour qu'il en parle à d'autres structures (honnêtement je ne les connais pas) mais lui ne veut pas donc pfff...c'est..voilà. On fait du sur place c'est à chaque fois il vient et à chaque fois il se plaint d'elle mais il ne veut rien dire. Il veut que ça reste au cabinet.

Moi: D'accord ! Et tu as proposé quoi comme type d'aide?

M2: ben d'abord je leur ai dit. Enfin je lui ai dit à lui d'envisager de faire une thérapie de couple. (rises). Mais bon j'avoue plus tard j'ai vu que c'était pas conseiller !

Moi: ah super donc tu t'es renseigné ?

M2:oui oui mais j'avoue que c'était pas vraiment voulu. j'ai juste taper violences conjugales sur le net et j'ai vu ça.

Moi: Et tu en penses quoi de la détection des violences conjugales en médecine générale?

M2: ben c'est vraiment compliqué! Parce que il y a des patients on jurait qu'ils ne se passe rien chez eux! Parce que bien souvent se sont des patients...je crois qui gardent tout pour eux et c'est pas forcément des patients qui arrivent avec des hématomes, un œil au bord noir ou c'est ..c'est pas ça. Je pense qu'il y a beaucoup de violence.. je crois qu'il y a plus de violence euh...comment dire...psychique. Donc euh c'est pas forcément des choses qui peuvent se voir. C'est gens-là cache bien leur maux.

Moi: Si je comprends bien c'est difficile de trouver les signes qui ..

M2: Mais moi je pense que oui. Il y en a ils ont plus tendance à s'ouvrir au médecin généraliste, à parler mais il y en a qui sont calés là-dedans qui pense qu'il faut en parler à personne. Du coup ils parleront jamais. Mais c'est vrai que ça dépend du profil du patient aussi. Il y a des gens qui racontent leur vie et d'autres qui racontent rien du tout. Donc voilà.

Moi: Et tu as connaissance des recommandations par rapport au détection des violences ou pas du tout?

M2: heu pas vraiment ! mais je crois qu'il y a d'abord le fait d'encourager le patient à en parler. A s'en sortir lui-même .Et puis dans l'ordre..hum..(réfléchis). Le dernier point c'est faire appel au Procureur du Roi.

Moi: oui

M2: Et entre les deux je pense que c'est avoir recours à un psychiatre quelque chose comme ça ou alors il y a des centres d'aide. euh pour les personnes victimes de violences mais honnêtement j'ai pas retenu les noms.

Moi: okok; Donc au niveau ici de la prise en charge tu sais qu'il y a des centres d'aide et que ça peut aider le patient. Très bien . Mais d'un point de vue de la détection tu as connaissance de signes pour lesquels il faut faire attention ?

M2: oui c'est les gens qui viennent consulter plusieurs fois par mois.. pour des symptômes vagues. Souvent des céphalées ou mal au ventre. Mais voilà sans jamais avoir de problème organiques au final. Et donc il y a déjà ça où il arrive souvent en retard au rendez-vous. Enfin voilà..

Moi: Et face à ses plaintes tu penses pouvoir interroger les patients?

M2: ben c'est pas facile! je pense pas non! vraiment pas on a pas été formé pour ça. Et c'est ça qui est compliqué en médecine générale c'est que parfois on a un rôle de psychologue qui est difficile à assumer donc euh...notamment pour ça.

Moi: et qu'est ce qui te semble compliqué?

M2: hummm c'est que voilà. Je sais pas quelle genre de questions je pourrais poser. Des questions qui seraient pertinente. On est limité! Surtout s'il veut pas en parler à personne.

Moi: Si le patient veut pas en parler pour toi c'est compliqué d'aborder le sujet c'est ça?

M2: oui oui je pense clairement! Si le patient fait obstacle. C'est pas évident.(silence).

En fait j'ai l'impression qu'ils viennent comme si ils venaient voir une psychologue. ça dure 15-20min et puis voilà.

Moi: okok. Et par rapport à la prise en charge tu me parlais des aides? ça te semble judicieux d'avoir ce type d'aide autour de toi?

M2: Pour moi ou pour le patient?

Moi: ben...

M2: Moi je pense que ces aides sont très utiles mais moi je n'ai jamais vraiment pu voir en action leur utilité parce que je n'en ai jamais eu l'occasion et que ce monsieur-là ne veut pas. Donc voilà j'ai pas vu la mise en pratique de ces aides. Mais oui ils sont plus formés que moi pour aider le patient à ce niveau-là.

Moi: plutôt pour alors?

M2: oui oui pas de problème pour ça. je trouve que c'est plutôt le patient qui trouve que...qui préfère rester avec son médecin généraliste plutôt que d'aller encore voir des inconnus. Raconter voilà..ce qui ce passe.

Moi: D'accord. Et justement par rapport à la relation que tu as avec le patient dans ce contexte de violence conjugales comment tu te sens?

M2: silence...c'est une question piège ça! (rires)

Moi: aaaahhh non non(rire)

M2: Comment je me sens. C'est-à-dire?

Moi: Quel est ton ressenti face à ce type de situation?

M2: Être impuissante! Face à des patients qui veulent pas en parler.. je peux pas aller moi-même je pense...encore moins en parler à sa femme. Et encore moins en parler à des aides sans son accord alors qu'il a aucun signe du moins physique, hématomes ou quoi que ce soit de visible.

Moi: Donc plus difficile dans ce cas là

M2: oui je pense clairement

Moi : d'accord. Et imaginons si tu es face à un cas où il y a une forte suspicion de violence conjugale de ta part. Est-ce que tu aborderais le sujet en consultation?

M2:j'attendrais deux/ trois rendez-vous quand même parce que c'est quand même délicat mais je pense que oui. Si j'ai assez de signes qui pourraient me faire penser à ça je n'hésiterais pas. Mais je serais mal à l'aise quand même.

Moi: oui je comprends. Et tantôt tu me parlais de pas trop savoir comment aborder le sujet? Comment tu évaluerais ta communication?

M2: ben ici dans mon cas j'étais étonné. Encore une fois je ne m'y attendais pas. Mais bon ici j'étais plus à l'écoute c'est lui qui parlait donc euh voilà.

Moi: okok. Dans les recommandations on nous suggère d'être effectivement à l'écoute mais on nous recommande également de ne pas exercer de pression sur le patient et respecter son rythme? Quand penses-tu?

M2:Oui moi je pense que c'est au patient de décider. De partir, de quitter cette histoire. Et c'est pas à nous d'aller lui mettre un couteau sur la gorge. A dire" bon maintenant tu vas parler, tu vas quitter cette personne, tu vas prendre les choses en main". Hummm non faut laisser le temps au patient ça c'est clair. A part si il y a une femme..ou même un homme qui vient et à ce moment-là on voit des choses graves. "hématomes, fractures, ou quoique ce soit là non je pense qu'on doit pas attendre. Après voilà la violence psychique c'est plus compliqué.

Moi: humhum. (silence)

M2: Et dans ton cas ici tu as du rédiger un constat...un constat de coup?

Moi: non pas ici. Mais ça m'est déjà arrivé de devoir en rédiger un lors de mes gardes mais sinon en médecine générale..pffff non.

Moi: Et c'était dans un contexte conjugale?

M2: je sais plus vraiment mais je ne pense pas.

Moi: okok. Et ici le patient t'a demandé la rédaction d'un éventuel papier?

M2: non non! non rien parce que il ne veut pas en parler et il m'a dit voilà je veux pas que ma femme le sache ni personne d'autre.

Moi: Et quels types de messages tu as transmis à ton patient face à cette situation?

M2: J'ai dit qu'il devait au moins en parler à une psychologue ou faire une thérapie de couple.

Moi: okok. euh et ce patient tu lui as proposé de le revoir ultérieurement?

M2: Mais en fait, donc je le suis depuis pas si longtemps, et monsieur est connu pour hypertension et donc je le suis une fois par mois.

Moi: Et tu aborde de nouveau le sujet en consultation ou pas?

M2: pas besoin ! C'est lui qui m'en parle! Parce qu'à chaque fois sa tension est limite malgré qu'on change, qu'on augmente le traitement et compagnie. Et de là il me dit "ah je me suis encore énervée aujourd'hui et compagnie.

Moi: Et donc c'est lui qui aborde lui-même la situation.

M2: oui oui.

Moi: Et donc en plus de la tension vous parler des violences à la maison lors de cette consultation si je comprends.

M2: oui voilà!

Moi: Et tu vois une évolution ?

M2:hum ah non! C'est toujours la même chose.

Moi: Et tu lui propose toujours de se faire aider?

M2:oui oui et il veut toujours pas! je dirais que ça fait 2-3 mois que ça dure.

Moi: Et tu penses que monsieur se rend compte de la situation ou pas?

M2:ben il me dit que sa femme est folle mais je pense queoui il s'en rend compte mais voilà comme il est ..voilà elle a tellement rabaisser que je sais pas il se dit peut-être.. dans sa tête qu'il ne pourrait pas vivre sans elle. Je sais pas.

Moi: oui c'est pas facile de savoir. Si je reviens au recommandations tu m'as dit que tu n'en avais pas vraiment entendu parler. Mais As-tu connaissance des outils qui peuvent aider à la consultation?

M2: non!

Moi: le cycle de violence, échelle de Campbell ?

M2: non

Moi: En fait le cycle de violence conjugale ça explique un peu la dynamique de cette violence. Les différentes périodes... en passant par la période plus calme puis reprise..

M2: ah oui oui! je vois. je me souviens maintenant. La période aussi où il offre des fleurs pour se faire pardonner.

Moi: voilà. Tu penses que ce type d'outils pourrait être utile dans ta pratique ?

M2:(réfléchis).Ben franchement je sais pas j'en ai aucune idée.

Moi: Pour expliquer les violences...c'est facile pour toi?

M2: Oui je pense que ça vient naturellement. Je pense pas avoir besoin d'un outil.

Moi: ok très bien. Et tantôt tu me parlais du Procureur du Roi?

M2: oui

Moi: Est-ce que tu sais quand il faut faire appel à lui?

M2: oui dans les situation grave.

Moi: Et tu sais comment évaluer le risque.. euh le risque pour le patient? Par exemple à te dire dans cette situation là il y a danger ..que la situation est grave?

M2: non je ne sais pas.

Moi: Et la tu penses qu'une échelle qui permet d'évaluer le risque te serait utile?

M2/ euuuuhhh...hum.. une échelle. oui c'est vrai une échelle ça peut être intéressant. Oui ça pourrait aider.

Moi: Parce que effectivement la ssmg propose ce qu'on appelle une échelle. L'échelle de Campbell et donc il y plusieurs points à évaluer avec le patient. Et selon le score tu peux te dire tiens mon patient est vraiment à haut risque et de la prendre des décisions.

M2: oui je pense que ça peut m'aider.

Moi: Tu me disais tantôt que c'est parfois difficile d'aborder le sujet. En salle d'attente, tu penses que des flyers ça pourrait aider..

M2: Oui ça pourrait être intéressant pour le patient ça pourrait le pousser. C'est vrai que.. en précisant bien qu'il y ai le secret médical, etc. ..pour le rappeler ce serait intéressant.

Moi: ok pour que le patient parle

M2: oui ça pourrait pousser le patient à la révélation.

Moi: Très bien! (silence). Et par rapport à ce dépistage qui se révèle être parfois un peu compliqué nos amis français font du dépistage systématique..

M2: C'est à dire?

Moi: C'est à dire que voilà si une patient, c'est plus ciblé sur les femmes, ne vient pas spécifiquement dans un contexte de violence . Ils vont aborder la question des violences conjugales. Tu penses que cela peut -être utile ou..

M2: non vraiment pas! c'est complètement bête! C'est une perte de temps déjà et en plus de ça ...non.. je ne vois pas du tout l'intérêt! Pour une rage de dent lui poser la question de la violence conjugale. C'est complètement illogique.

Moi: Tu peux développer ton point de vue?

M2: ben déjà on est pas sorti de l'auberge. Encore plus ici avec cette période de covid-19. Posé ça à tout le monde. Et voilà en plus ça va leur sembler bizarre! je trouve que c'est pas...(silence).C'est pas naturel de poser cette question comme ça. C'est bizarre!

M2: Tout à fait. Tu rejoins ce que pense pas mal de médecin aussi.

Moi: Tu me disais on n'est pas sorti de l'auberge et encore plus avec le covid-19? Tu entends quoi par-là?

M2: Ben déjà les point qu'on a abordé et aussi parce que ça prend du temps! et ici avec le covid-19 on a encore moins de temps pour des longues et longues consultations. Ici je vois qu'il veut rester et parler parler. Parfois ça prend une demi-heure, quarantaine minute (soupire) donc oui c'est long!

Moi: Et tu as déjà songer à comment tu peux ou pourrais gérer ce temps?

M2: oui je pensais le mettre en fin de consultation. Je sais qu'il y a personne qui attend et au moins je serais un peu plus à l'aise.

Moi: oui bonne idée

M2: Et comme ça j'ai le temps pour le patient aussi.

Moi: Et tantôt tu as abordé le secret médical..

M2: Oui c'est important! Il faut en informer le patient. Ça les soulagent un peu, ça les rassurent de savoir que tout ce qui est dit au cabinet reste au cabinet. Que voilà il y a rien qui en sortira.. et ils sont rassurés.

Moi: oui je suis d'accord avec toi! Mais voilà on a fait le tour. Vous-voulez aborder d'autres points?

M2: euh non rien qui me vient comme ça. Mais c'était intéressant.

Moi: ah ben je suis contente de l'apprendre! Merci

M2. ça fait réfléchir.

Moi: Merci pour votre temps

M2: Mais de rien!

ENTRETIEN N°3 :

Moi: Que vous évoque les violences conjugales?

M3: Tu peux me tutoyer tu sais!

Moi: ah d'accord (rires)

M3: Pour moi les violences conjugales ça m'évoque surtout euh..la femme victime de violence conjugale de la part de son mari ou compagnon. Euh ça m'évoque aussi la répercussion que les violences conjugales peuvent avoir sur les enfants.

Je pense que les violences conjugales peuvent avoir une répercussion sur le développement de l'enfant. enfin voilà.

euh..ça m'évoque aussi les coups. Des constats de coups et blessures. euh des détresses psychologiques et des personnes qui faut entourer, qui faut encadrer et soutenir.

euh voilà! (rire)

Moi: Mais c'est très bien! Je vois qu'il y a des éléments intéressants.

Donc ici tu me parles de violence physique et psychologique si je comprends bien.

M3: oui oui. Il y a la violence physique par les coups portés et la violence aussi psychologique. Les pervers narcissiques par exemple.

Moi: Oui je vois ce que vous voulez dire. Et tu penses que les violences conjugales sont fréquentes.

M3:(réfléchis). Je pense qu'elle sont plus fréquentes que ce que l'on pourrait imaginer. Que dans la patientèle il y a malheureusement des femmes qui sont peut être victime de violences et que je ne sais pas. oui qu'il y a sûrement des choses qu'on ignore comme ça. des secrets! Donc je ne connais pas la prévalence des violences conjugales en Belgique. Mais je pense que je la sous-estime.

Moi: D'accord et..

M3: je pense que c'est parce que je n'ai pas été formé pour détecter les violences conjugales.

Moi: Tu as déjà été confronté à des cas de violences conjugales dans ta pratique?

M3: Oui oui. C'est arrivé dernièrement. Une dame d'origine africaine qui venait à la consultation à la base pour des douleurs. Des espèces de cervico-brachialgie avec de la fatigue intense. Et donc cette dame c'était la première fois que je la voyais et elle m'a expliqué un petit peu son histoire, son parcours. Elle était en instance de divorce avec son mari. Ca faisait une dizaine d'années qu'elle était avec son mari. Il avait eu deux enfants ensemble. Mais elle vivait un clavaire avec cette homme. Il la battait, frappait mais il y avait aussi au niveau psychologique, du harcèlement, des agressions...Et donc à ce moment-là elle m'a expliqué un peu son histoire. D'ailleurs j'étais étonné qu'elle se livre aussi facilement à moi car c'était notre premier contact. Après j'ai vu aussi que ça lui avait fait du bien. D'ailleurs elle m'a remercié à la fin de la consultation. ça lui a permis de vider son sac, de se confier je pense. Maintenant elle avait déjà entrepris un peu toutes les démarches. Donc j'ai pas vraiment pu l'accompagner et d'avantage la guider car elle avait déjà fait les démarches nécessaire. Il y avait déjà des avocats, une assistante sociale derrière elle. Enfin voilà!

Moi ah oui donc pas mal d'acteurs pour prendre en charge la patiente.

M3: Et donc j'étais quand même d'un côté soulagé qu'elle ait déjà fait cette démarche parce que j'aurais pas su vraiment la guider à 100%. Mais d'un autre côté je me suis senti utile dans le fait de l'avoir écouté. C'est peut-être bizarre ce que je peux dire ici. (rire).

Moi: Mais c'est très bien! Et donc vous pensez que c'est ton rôle d'écouter la patiente?

M3:oui oui tout à fait! Je pense que en tant que médecin généraliste on a peut-être là.. Enfin je pense que les gens nous font confiance du moins quand ça fait longtemps. Et du coup parfois on est peut-être la seule oreille attentive que les gens ont à disposition. Donc oui je pense qu'on doit être là pour les écouter et aussi les aider dans leur démarche et les guider.

Moi: oui un rôle d'écoute et de prise en charge selon toi si je comprends

M3: oui tout fait.

Moi: Vous parliez tantôt de détection aussi. Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans la détection des violences conjugales?

M3: Je pense que c'est aussi un rôle que l'on devrait avoir mais bon moi je n'ai jamais détecté de cas. C'est pas quelque chose d'évident. Enfin c'est mon avis.

Moi: Vous n'avez jamais détecté de cas alors ?

M3: Non mais j'ai déjà eu une suspicion mais je n'ai jamais su si c'était ça ou pas finalement. Enfin il y a parfois des choses bizarres qui se passent en consultation. Je me souviens une fois une dame. J'étais chez elle lors d'une visite à domicile. Elle vit avec son mari et alors je devais lui faire un vaccin. Et alors je vois qu'elle a un drôle de coup sur le visage et donc je lui ai demandé qu'est-ce qu'elle avait fait pour avoir cette hématome. Et là j'ai vu qu'elle a changé d'attitude et de me dire "ah non c'est rien je suis tombée dans les escaliers". Et le coup me semblait un peu bizarre. C'était pas cohérent entre la localisation des coups et cette histoire. Maintenant évidemment monsieur se trouvait dans la même pièce donc j'ai pas su vraiment creuser. J'en ai parlé avec mon collègue qui connaît bien aussi la patiente qui m'a dit que cela serait étonnant mais que c'était à surveiller. Mais lui n'avait jamais eu cette notion dans ce couple. Mais au final j'ai jamais eu de retour par rapport à ça donc voilà. Mais j'y ai pensé à ce moment-là.

Moi: c'est super! Donc vous avez eu un doute face à la fois en fonction de l'atteinte physique et à la fois selon l'attitude de la patiente?

M3: Oui c'était pas comme d'habitude. Je voyais qu'elle a voulu vite passer à autre chose. Je n'ai pas insisté.

Moi: tu entends quoi par pas comme d'habitude?

M3: Mais déjà au niveau de l'expression de son visage j'ai vu que son visage c'est refermé. Et j'ai bien vu qu'elle voulait pas me donner des détails de comment elle s'était fait ce coup: "ah mais non c'est rien je suis tombée dans les escaliers". Point ! voilà j'ai vu qu'il y avait un malaise. Une drôle d'ambiance à ce moment-là. je me suis dit bon c'est peut-être pas la peine de creuser plus à ce moment-là. Surtout que monsieur était dans la pièce. C'était un petit peu malaisant!

Moi: Oui je peux comprendre. Et tu as déjà été confronté à d'autres éléments qui t'ont fait suspecter un cas de violence conjugale?

M3: Oui mais comme je disais il n'y a jamais eu de diagnostic qui a été prononcé. Mais c'est vrai qu'ici récemment que j'ai encore pensé c'est une dame qui était totalement en détresse psychologique mais quand on la questionne tout va bien! Tout va bien au niveau du boulot: elle se plaît bien, elle s'entend bien avec ses collègues. A la maison avec son enfant ça va; il apprend bien à l'école. Il tient le coup malgré le confinement, les cours à distance. Enfin voilà ça va. Mais elle elle me dit je dors plus, je pleure, j'ai mal partout, j'angoisse. J'ai une boule dans la gorge j'arrive pas à respirer. Et donc à ce moment-là je demande "et tient avec monsieur comment ça se passe? ". Bon évidemment c'est pas la première question que je pose mais ça fait partie de la conversation. Mais elle me dit ben non avec monsieur tout va bien. Elle me dit : " ben vous-savez en dix ans qu'on est ensemble on s'est peut-être disputé trois fois". Du coup je me suis dit ok. bon ben pourquoi elle dirait ça si elle était victime de violence. Ou alors c'est une manière de cacher les choses je ne sais pas. (rire)

Moi: c'est bien vous avez osé aborder le sujet en consultation. Elle consultait pour la première fois pour ce genre de plaintes?

M3: Oui mais j'avais déjà vu la patiente 4-5 fois pour elle ou pour son fils. Mais pas pour ce genre de plainte. Et voilà j'ai osé mais je n'ai pas dit " tient est-ce que votre mari vous bat? "

Moi: oui oui c'est compréhensible.

M3: Est-ce que votre mari est agressif avec vous? Est ce qu'il est violent? Non je dis plutôt "ben tient comment ça se passe avec monsieur à la maison"?

Moi: oui donc plutôt une question pour ouvrir le débat au sens large

M3: Oui c'est ça; pour ne pas instaurer de malaise. Il y a une façon de dire les choses.

Moi: Oui et c'est très bien. Qu'elle type de messages ou informations vous donnez à la patiente concernant les violences conjugales?

M3: ben par exemple pour le cas de la dame africaine. Je pense lui avoir dit " rien ne justifie la violence". C'est peut-être un peu bidon mais voilà (rires)

Moi: Mais oui c'est même un" slogan " (rires)

M3: Mais oui je me souviens avoir entendu ça un jour. Je ne sais plus ou.

Moi: Vous avez déjà eu une formation sur le sujet?

M3: non jamais de formation mais j'ai déjà eu une séance de sensibilisation lors d'un glem. Mais voilà c'est pas suffisant.

Moi: c'est à dire pas suffisant.

M3: ben je pense que si on veut que les médecins généralistes s'appliquent dans le domaine il faut des formations, des cours. Et pourquoi pas dès l'université! ça permettrait une meilleur sensibilisation et une maitrise du sujet. Du moins je pense.

Moi: oui intéressant! Tu as connaissance des recommandations concernant les violences conjugales?

M3: Les recommandations de prise en charge?

Moi: Oui c'est ce qui est recommandé au niveau détection, prise en charge sous forme de guide de bonne pratique. Notamment celui de la ssmg.

M3: ah non je ne connais pas.

Moi: La ssmg propose également des outils d'aide à la consultation.

M3: ah oui ça ça peut être intéressant.

Moi: il existe par exemple un outil pour permettre d'évaluer le risque vital de la patiente exposées aux violences. Tu as déjà craint pour la vie d'une patiente?

M3: non non pas de danger immédiat ou imminent si je peux dire. Sinon oui faut entreprendre une certaine démarche. Faut avertir la police. Si la dame dit il a un flingue . Et il a dit que demain il me flingue avec les gosses. Ben là oui je me poserais des questions. Je me dirais qu'il ne faut pas que je la laisse retourner chez elle.

Moi: Et donc ici si je comprends bien tu l'évalues si il existe un danger de mort exprimée par la patiente.

M3: oui voilà. Si il y a déjà eu des menace, si il y a une arme à la maison. Euh..(réfléchis)...si le gars s'est évadé de prison (rires). Mais j'en sais pas plus.

Moi: Est ça vous intéresserait d'avoir un outils pour savoir l'évaluer?

M3: oui comme je l'ai dit on est en première ligne. Donc si il existe un outils pratique qui permet d'améliorer la prise en charge pourquoi pas. j'aimerais être là pour la patient et pouvoir aider mais maintenant je manque d'expérience dans le domaine. je manque de formation. Donc si il y a des outils pour nous aider je ne suis pas contre.

Moi: selon vous ça pourrait améliorer votre prise en charge c'est ça

M3: oui je me sentirais plus à l'aise. Plus sereine on va dire. Plus confortable dans mon rôle en fait.

Moi: oui je vois tout à fait! Et comment vous vous sentez lors de ce genre de consultation? donc pour violence conjugale.

M3: ben pour reprendre l'exemple avec les révélations. ben je m'attendais pas à ça comme consultation. Je me suis dit mince ! Qu'est-ce que je vais pouvoir lui dire. Comment ça va se passer! Et puis finalement ça été assez naturelle en fait. Oui je l'ai écouté. Je l'ai soutenue dans ce qu'elle disait. Enfin comment dire: oui non au final ça c'est bien passé. Malgré que j'ai pas fait grand-chose je me suis senti utile. Et la preuve entre guillemet c'est qu'elle m'a remerciée. Si tu as la reconnaissance des patients c'est que tu as quand même fait du bon boulot!

Moi: oui effectivement! C'est une bonne chose et valorisant

M3: Et même elle est revenue après. je pense que c'était deux trois semaines après encore pour un autre problème. Mais au final on parlait que de ça. Et elle me disait " en tout cas vous êtes vraiment super chouette. A la limite elle préférerait venir chez moi que mon collègue hors elle avait commencé avec mon collègue à la base.

Moi: ah oui d'accord!

M3: oui malgré le fait qu'après je n'ai plus jamais vu!(rire). Mais je pense que le fait que je sois une femme ça a peut-être joué. Je me suis dit que peut être le fait que je sois une femme elle a eu plus facile à se confier.

Moi: la patiente a déjà fait une remarque à ce sujet?

M3: Ben elle m'a dit ben avec docteur X c'est plus difficile. J'arrive pas à lui dire tout ça.

Moi: Lui c'est bien un homme si je comprends bien

M3: Oui c'est un homme. Je sais pas peut être qu'il lui rappelle son mari. Je n'en sais rien.

Moi: Tu me disais que tu avais pas du orienter toi-même la patiente. Tu aurais orienter ou la patiente?

M3: ben dans un premier temps si elle a des coups. C'est de faire un constat de coups et blessures. L'encourager à porter plainte à la police même si il y a pas de coup en soi. Je ne m'y connais pas en tout ce qui es juridique mais je pense que tu peux quand même porter plainte. Au moins le signaler à la police. Après je dirais la police c'est déjà bien.

Et oui contacter une assistance sociale pour qu'elle s'occupe des démarches. Et éventuellement référer à une aide psychologique.

Moi: oui il y a des bonnes choses! Et que pensez-vous du suivi par le médecin généraliste?

M3: Je pense que c'est une bonne chose. Avoir un rendez-vous fixé à l'avance pour la prochaine fois chez le médecin traitant pour refaire le point. Puis aussi par rapport à l'avancement des démarches mais aussi de l'avancement psychologique des victimes. Je pense qu'au début c'est difficile pour elles d'en parler. Alors si elles en parle c'est déjà un grand pas en avant. Je pense qu'elles ont fait le plus difficile. Maintenant le piège c'est de retourner en arrière et de ne pas aller au bout des démarches. Donc je pense qu'on joue aussi le rôle de faire en sorte que la victime garde sa motivation et repense au pourquoi elle veut s'en sortir. Voilà de faire en sorte qu'elle voit la lumière au bout du tunnel. je pense qu'on a ce rôle-là!

Moi: je vous sens impliquer c'est très bien! Donc si je comprends bien tu es favorable au rendez-vous de suivi afin de garder la patiente à l'œil et de suivre..

M3: oui suivre l'avancement des démarches et aussi au niveau psychologique.

Moi: Et tout à l'heure, tu me parlais de constat de coups! Quelles informations figurent dans ce constat?

M3: Euh avant je télécharge des constats de coup pré-fait sur internet. C'est rapide il y a cas compléter. On tape sur Google constat de coups. (rires). Mais sinon je le fais aussi sur une simple ordonnance. Sinon je mets je soussigné docteur X certifie avoir examiné ce jour madame X. Euh me déclare avoir été victime de coup, agressions. Le jour et l'heure. Elle se plaint de bla-bla . je constate un hématome, une équinoxe sur le torse, bras par exemple. Et j'indique aussi si il y a une incapacité de travail et donc à la fin document remis en main propre à untel.

Moi: A quelle occasion tu rédiges ce constat de coup?

M3: ben donc ici j'ai jamais dû faire de constat de coup dans le contexte conjugal mais je ferais pareil au niveau de la rédaction. Je vois pas pourquoi ce serait différent. Quoique si j'ai déjà dû en faire un lors d'une garde mais j'ai fait comme je viens de te dire. Pour moi si on vient me consulter pour me montrer des coups c'est que la patiente veut un constat de coups. Je vais pas dire à madame de se déshabiller si elle ne vient pas pour un constat de coups. Je vais pas lui dire: " ah ben tient on va voir si vous avez des lésions". C'est un peu délicat. Maintenant si la patiente vient dans un contexte de violence conjugale et nous

confie être victime d'agression de la part de son mari. Il faut lui dire "ben sachez que si vous avez des coups on peut faire un constat coup et ça peut être une preuve. On met ça dans votre dossier, vous pouvez le remettre à la police. Je pense qu'il faut informer.

Moi: Donc si je comprends informer la patiente. Et rédiger un constat de coups si la patiente le désire.

M3: oui et alors aussi si elle me dit : " je préfère pas le porter à la police " .Alors là je dis on le fait et moi je le garde dans le dossier. Et si un jour on doit le ressortir il est là.

Moi: C'est très bien de le conserver dans le dossier! Super!

Pour revenir au guide de bonne pratique. On nous suggère de détecter sur base de signes et l'accumulation de signes telles que des infections gynécologiques-urinaires à répétitions, plaintes somatiques, dépression, tentatives de suicide et d'être vigilant pendant la grossesse. Période à risque dans l'émergence ou l'amplification de violence.

M3: Je pense que c'est très bien d'avoir des éléments sur lesquels s'appuyer. De connaître tous les facteurs de risques, les signes pouvant être évocateurs. Mais maintenant honnêtement oui il faut toujours le garder dans un coin de sa tête. je veux dire.. euh comment dire: si je vois une femme enceinte je vais pas lui demander "vous êtes victimes de violences conjugales". je vais lui dire "tient ça se passe comment avec monsieur" mais faut-il encore y penser. Voilà on pense plus qu'une grossesse c'est un événement heureux dans une famille. Mais oui on pense pas toujours que des gens peuvent être victimes...

Moi: oui je comprends

M3: Puis c'est pas à la première consultation qu'on va aborder les violences conjugales. Même si je suspecte un cas de violence lors d'un premier contact je n'oserais pas aborder le sujet sauf si la patiente m'en parle.

Moi: pour quelle raison?

M3: Je pense qu'on risque d'être maladroit dans le façon de demander. Et on risquerait que la patiente nous cache des choses. Quelle nous mente. On aura pas spécialement la réponse. Enfin la réponse juste.

Moi: donc pas aborder le sujet lors d'un premier contact.

M3: oui. Mais sinon je suis d'accord qu'il faut en parler. Il y a un risque pour la santé de la patiente. Il faut avoir la manière d'aborder les choses. Il ne faut pas mettre les deux pieds dans le plat. Il faut adoucir les choses. Il faut aller en douceur et être délicat avec ces gens.

Moi: Tout à fait! Et vous en pensez quoi de mettre des flyers dans la salle d'attente?

M3: Oui je pensais que ça pourrait être une bonne chose parce que d'une part ça montre que le médecin est ouvert à ce genre de chose. Qu'il est là et prêt à écouter. Oui je pense que déjà ça pourrait mettre en confiance les patients, les patientes victimes de violence. Et d'autre part je pense que si on met des flyers c'est qu'on peut à priori les aider aussi. C'est qu'on est formé un minimum.

Moi: oui donc plutôt ça servirait de signal aux patients, aux patientes pour leur permettre d'en parler.

M3: Oui voilà on peut en parler!

Moi: Et pour toi quelles types d'informations devrait figurer dans ce flyers?

M3: je pense qu'il faudrait déjà déculpabiliser les gens. En leur disant " vous n'êtes pas seul". Je pense que ce type de message peut aider . C'est un peu cliché mais voilà ça peut aider. Dans un second temps expliquer ce que c'est la violence conjugale. Il faut leur dire que c'est pas juste des coups mais c'est aussi de la violence psychologique et mentale. Troisième chose est de dire qu'il y a des solutions et des aides. Et enfin quatrième chose "parlez-en à votre médecin traitant"!

Moi: Très bien! je vois que vous impliquez le médecin traitant pour la suite alors.

M3: oui oui maintenant voilà plus on est formé et plus on fera de la bonne prise en charge. Ici je suis pas une experte je le reconnais mais voilà comme je le disais j'ai pas eu énormément de cas.

Moi: oui oui je vois ce que tu veux dire mais c'est déjà pas mal vraiment.

M3: Et tu en penses quoi d'une liste pouvant t'aider à la prise en charge. Une liste avec des numéros de contacts.

Moi: oui clairement! Pour l'instant je patauge un peu par rapport à ça. J'ai aucun contact. Je sais pas ce que je dois faire.

M3: Tu as déjà pensé à des solutions pour améliorer la formation des médecins?

Moi: Ben ici je pense que le manque de connaissance. Enfin mon manque de connaissance à moi. Moi on ne m'a jamais parlé de ça ou j'en ai plus le souvenir. Donc d'une part manque de formation de base du médecin généraliste. Je pense que ça devrait en faire partie. Et deuxièmement je l'admet (silence).. La médecine générale c'est une formation continue et c'est à nous d'aller chercher là où sont les informations disponibles. De creuser un peu. Après voilà il y a un petit manque de temps et une part de fainéantise peut être (rires). Mais voilà faut y remédier. Et je pense que sur le sujet je vais m'y mettre.

Moi: ah mais c'est génial!

M3i: elles font réfléchir tes questions c'est bien!

Moi: merci! Et donc si je comprends bien tu serais pour une formation dès l'université?

M3: Oui au niveau du bloc commun, du tronc commun de médecine générale.

Moi : Et aussi favorable à des formations c'est bien ça ?

M3 : Oui c'est bien ça. Maintenant on ne peut pas se former dans tout malheureusement.

Moi :Oui c'est compréhensible. Et j'ai encore une question que pensez-vous du dépistage systématique ? Cela existe notamment en France. Donc les médecins interroge les patientes via un questionnaire même sans points d'appels. Qu'en pensez-vous ?

M3 : ça dépend du contexte. Moi je me vois mal poser la question des violences conjugales alors que l'on vient me voir pour un mal de gorge. Donc ici si c'est systématique je pense pas que ce soit une bonne chose. Je pense que les gens auront peut-être peur ou pas envie de dire la vérité par la peur des conséquences. Parce que c'est bien de faire du dépistage mais il faut savoir à quoi ça va mener au final. Donc si c'est juste pour poser des questions. Bof je suis pas trop fan de l'idée.

Moi : D'accord. Donc pas de dépistage systématique si j'ai bien compris.

M3 : Oui pour moi c'est non. Comme ça sans raison. Non c'est de la poudre de perlimpinpin pour moi. Ca ne veut rien ! (rires)

Moi : ahah ok très bien ! voilà je n'ai plus d'autres questions. Tu as quelque chose à rajouter ?

M3 : Sujet très intéressant. Sujet très interpellant aussi surtout en cette pandémie de coronavirus. Je pense que c'est le moment de détecter ces violences conjugales. Parce que voilà ici avec le confinement on a entendu à la télé qu'il y avaient eu plus de victimes. Donc très bien c'est le moment d'être sensibilisé. Bon travail pour la suite

Moi : Je vous euh te remercie pour ton intérêt.

ENTRETIEN N°4 :

Moi : Que vous évoque les violences conjugales ?

M4 : Alors qu'est-ce que ça m'évoque ! euh je dirais de la violence entre partenaires. Entre un homme et une femme. De la violence physique mais aussi de la violence verbale. Donc voilà pas juste des coups. Euh dans ma pratique j'ai eu très peu de cas ! je ne pense pas que cela soit fréquent. Enfin en médecine générale !

Moi : D'accord donc de la violence physique et verbale. Et phénomène peut être fréquent en médecine générale si j'ai bien compris.

M4 : oui enfin voilà selon mon expérience. Je n'en ai pas constaté énormément. Maintenant je sous-évalue peut-être !

Moi : Pensez-vous qu'il ait un profil de patiente plus à risque ou situation plus à risque ?

M4 : non je pense que ça peut toucher toutes les femmes. Qu'elle soit des beaux quartiers ou non comme on dit. (rires). Et oui je sais que parfois ça touche aussi les hommes mais ça ça c'est encore plus rare je pense.

Moi : oui c'est bien ça.

M4 : Et vous m'avez demandé les situations aussi c'est ça ?

Euh...je réfléchis....Ben je dirais si on a déjà eu de la violence dans le passé. Voilà si on a été déjà exposé dans le passé. Pendant l'enfance aussi ! On est plus fragiles. Plus facilement on peut être touché à nouveau je dirais. Voilà se sont des patientes qui sont déjà plus fragiles au niveau psychique aussi. Euh (silence). Et oui si tension dans le couple à répétition ça peut mener à de la violence.

Moi : Vous pensez à quoi quand vous évoquez des tensions ?

M4 : Ah ben des trucs de couples. Des disputes sur des choses de la vie même banales. C'est vraiment arriver au point où ça prend de proportions énormes. Que ça gueule tout le temps et puis voilà à force ça peut mener à de la violence.

Moi : Selon vous qu'elle pourrait être l'impact de ces violences ?

M4 : ben déjà l'impact des coups hein. C'est clair que dans un couple où la violence est bien installée. Je veux dire par là que recevoir des coups de manière répétée ça peut évidemment impacter de manière physique et que certains coups peuvent avoir de lourdes conséquences comme la mort !

Moi : Oui tout à fait.

M4 : Et aussi ben ça peut avoir un impact sur le psychisme ! Des patientes en mal-être à la limite dépressive. Voilà ça donne des patientes en détresse.

Moi : Et qu'elle est pour vous le rôle du médecin généraliste ?

M4 : ben je pense qu'on doit accueillir les patientes. Faut écouter et écouter ! Et alors oui les aider dans la mesure du possible.

Moi : oui très bien ! Vous entendez quoi par la mesure du possible ?

M4 : Ben moi j'ai déjà eu un cas de violence conjugale où voilà la patiente retournait systématiquement vers son « bourreau ». Voilà je pense qu'il y a des patientes qui viennent en demandant de l'aide mais au final il y a rien qui change !

Moi : vous vous sentez comment face à cette attitude de la patiente ?

M4 : ben c'est difficile à accepter ! Enfin voilà on est pas à la place des gens mais bon parfois je me pose des questions. Quand limite votre compagnon vous a envoyé à la mort et vous décidé de retourner avec. J'avoue que là c'est parfois difficile de comprendre. Enfin voilà après on est pas à la place des gens. Il y a un lavage de cerveau souvent derrière...mais du coup comment amener le déclic ? Que la patiente réalise. Pfooa c'est pas facile !

Moi : Oui donc difficulté à faire prendre conscience de la situation à la patiente.

M4 : Oui est donc je reste là-dedans et je tourne en rond. A la fin j'avoue ça devient décourageant. Mais voilà c'est comme ça

Moi : Oui je comprends ! C'est pas évident !

M4 : non vraiment pas ! Ici dans le cas c'était une jeune patiente. Euh je dirais 30 ans qui vivait avec son compagnon. Je ne connais pas monsieur. Ils venaient déménager dans le coin. Donc je l'ai vu pour des petits rhumes rien qui m'a fait penser à de la violence conjugale. Et un jour elle vient à ma consultation et elle me dit « docteur mon compagnon me bat ». Je suis resté con !!! J'étais surpris ! Elle pleurait. Elle m'expliquait ce qu'elle subissait ; C'était des coups mais aussi des insultes. Du mépris. Elle m'expliquait que son compagnon était extrêmement jaloux et qu'elle ne pouvait rien faire sans son autorisation. Et que voilà vu la paranoïa de monsieur elle subissait des coups et qu'il la rabaisait. Elle m'a dit « j'en peux plus faut que ça s'arrête ».

Moi : ah oui je vois. Et qu'avez-vous fait ?

M4 : ben j'ai fait un constat de coup parce qu'elle était demandeuse. Sa sœur l'avait convaincu de porter plainte à la police. Et donc voilà j'ai fait le constat de coup. J'ai écouté madame et je l'ai encouragé à porter plainte. J'ai dit que c'est pas normal de subir de la violence et que voilà fallait agir pour sortir de ça même si c'est parfois difficile.

Moi : Vous indiquer quels types d'informations dans le constat de coup ?

M4 : euh je mets nom et prénom de la victime. Je mets ce que la patiente me déclare. Puis je mets mon examen clinique avec la description des coups donc hématomes, griffes etc. et la localisation. Puis signature, cachet et date. Je fais un certificat de coups classique.

Moi : pas de difficulté particulière à la rédaction ?

M4 : non non

Moi : Et donc vous le faites à la demande de la patiente si j'ai bien compris.

M4 : oui et je garde une copie dans le dossier vu que je tape ça sur le pc. Je le sauvegarde automatiquement.

Moi : oui c'est très bien. Et donc vous rédiger un constat de coup à la demande de la patiente et vous lui faites part que c'est pas normal de subir de la violence

M4 : oui voilà ! Je lui ai dit qu'il fallait quitter ce climat de violence. J'essayais de lui faire prendre conscience que c'est pas possible.

Moi : Vous avez donné quels types de messages à la patiente pour ça ?

M4 : ben je lui dis que c'est pas normale. Que ça nuisait à sa santé. Qu'elle risquait gros ! Que c'était dangereux.

Moi : Vous utilisez des supports pour expliquer les violences conjugales ?

M4 : ah non ! Et je connais pas de support.

Moi : avez-vous déjà entendu parler du cycle des violences conjugales ?

M4 : non j'en ai jamais entendu parler. C'est quoi dites-moi.

Moi : donc la violence est exposée en plusieurs phases.

M4 : ah oui d'accord ! C'est ce que j'explique plus ou moins. Voilà oui peut être qu'un support ça peut être utile pourquoi pas. Ça peut être utile pour la patiente d'imaginer le truc.

Moi : D'accord donc peut être intéressant pour la patiente.

M4 : oui et pour moi aussi ! Plus de poids à l'info.

Moi : Vous avez référé la patiente à un autre service que la police ?

M4 : euh oui j'ai référé à la psychologue et à l'assistante sociale. La psychologue parce que voilà madame était au bout. J'ai jugé ça important et nous on a pas toujours le temps de les revoir 3X/semaines et des consultations qui durent d'office plus de 20 minutes.

Moi : C'est des consultations qui vous demande du temps ?

M4 : Oui ! Maintenant j'en ai pas eu mille cas mais voilà. Et puis heureusement parce que j'ai pas une grande expérience dans le domaine. Mis à part référer à la psychologue et l'assistante sociale qui va mettre des choses en place pour les patientes. Elles sont plus habituées à ce genre de situation je pense.

Moi : oui je comprends. Et vous avez revu cette patiente ou vous revoyez les patientes en général ?

M4 : je le fais à la demande de la patiente. Je dis que voilà au besoin elles peuvent prendre rendez-vous. Donc voilà si elles veulent en reparler elles peuvent prendre un rendez-vous pour ça.

Moi : oui très bien donc vous laissez la porte ouverte.

M4 : Oui voilà. Il faut c'est quand même notre job même si je me sent pas très performant. J'écoute c'est déjà ça. Enfin c'est mon avis. Et là du coup je prévois le temps nécessaire. Je me sens pas oppressé en me disant que j'ai encore pleins de patients dans la salle d'attente.

Moi : Et si la patiente vient pour autre chose vous aborder le sujet ?

M4 : Oui mais je le fais quand le cas me semble grave. Enfin je veux dire par là si je vois la patiente au plus bas ou je sais que la situation peut être plus préoccupante. OU si je sens que la patiente veut en reparler. Qu'elle vient pas juste pour sa prescription.

Moi : oui et c'est très bien. Et vous avez déjà été confronté à une situation ou vous avez craint pour la vie de votre patiente ?

M4: ah non jamais ! Enfin pas de manière immédiate.

Moi: Quels éléments vous ferez suspecter que votre patiente soit en danger ?

M4 : ben se serait par rapport à ce qu'elle me raconte ! Si elle me dit que voilà elle vient de partir parce que son mari vient de tenter de la tuer. Qu'il a sorti un couteau ou je ne sais quoi. Là oui je vais craindre pour la vie de la patiente. Je lui dirais d'aller à la police.

Moi : oui donc si la patiente vient se confier à vous. Selon les dires de la patiente

M4 : Oui voilà ! après voilà je vois pas comment faire. Je veux dire oui la patiente là. La jeune patiente elle est venue 4-5 fois pour ça sur quelques mois. Parfois pour dire que ça allait mieux et que parfois c'était reparti pour un tour. C'était pas toujours des plaintes physiques. L'histoire de la plainte avait pas donné grand-chose. Et puis elle avait décidé de rester avec lui donc voilà. Et un jour c'est allé plus loin. Madame a fini aux urgences avec un pneumothorax et oui tout de même. A sa sortie de l'hôpital elle a été vivre chez sa sœur et puis rebelote elle est reparti avec....ça j'ai du mal à comprendre. Mais bon voilà on en a parler tantôt. Je sais pas les raisons du pourquoi elle est retournée avec. Mais voilà je pensais pas que la situation allait se dégrader comme ça. Peut-être que nous en tant que médecin on se laisse aussi avoir par la routine, la routine des plaintes. Le fait que ça bouge pas. Voilà c'est compliqué. On se fait avoir dans un sens. On finit par suivre la dynamique de la patiente.

Moi : oui c'est pas évident je vous comprends ! Pensez-vous qu'un outil pour vous aidez à évaluer le risque vous serez utile ?

M4 : ah oui pourquoi pas ! C'est toujours utile. Maintenant faut y penser aussi. Faut penser à les utiliser parce qu'en médecine il y a 36 bazars. On ne sait plus quoi finalement. (rires)

Mais oui si ça peut être utile. A condition que ça soit simple et rapide. Pourquoi pas si ça peut nous donner un aperçu de la situation.

Moi : Avez-vous déjà détecté un cas de violence conjugale ?

M4 : euhhhh (réfléchis). Oui j'ai déjà suspecté ça chez une patiente. Une patiente que je voyais pas souvent ; Mais voilà une femme fin de la trentaine d'année, deux enfants. Pas de problème particulier et un jour elle vient à ma consultation pour fatigue. Donc je fais le check up

habituelle. Rien d'anormal à l'examen clinique. Je propose une prise de sang. Rien d'anormal à la prise de sang. Ah oui j'avais donné quelques jours de repos. Madame est surveillante dans une école. Euh donc elle est revenue peu de temps après toujours en étant très fatiguée mais à ce moment-là je me souviens je la trouvais très nerveuse. Je la questionne sur son job. Elle me dit que ça va et puis je lui demande et à la maison ça se passe bien ? Elle me dit que l'un des garçons est difficile en ce moment mais elle n'aborde pas sa vie de couple en ce moment-là. Attend euh...non elle a juste parler de son enfant. Et puis quelques jours après ça je la vois pour crise d'urticaire. Toujours aussi nerveuse. Et là elle me demande si ça peut être lié au stress. Oui avant j'avais demandé changement de poudre à lessiver, etc. Mais rien à ce niveau-là. Bref et donc quand elle m'a demandé ça j'ai senti qu'elle voulait me dire quelque chose. Et donc là j'ai demandé s'il y avait une situation qui pouvait lui provoquer du stress en ce moment. Et là elle m'a dit directement « docteur ça ne va pas à la maison avec mon mari ». J'ai demandé ce qu'il se passait. Et de là elle m'a expliqué.

Moi : Ah oui donc qu'est-ce qui vous a fait suspecter ?

M4 : Ben son état de nervosité qui n'était pas habituel. Puis elle venait plusieurs fois en consultations avec des plaintes un peu vague. Fatigue, mal de tête mais pas de cause finalement. Donc ici avec l'histoire de l'urticaire j'ai vu via sa question. J'ai senti qu'elle voulait me dire quelque chose. Du coup poser la question...de savoir la cause. Et là elle a tout débalié. Puis lors de ma première question lors de la deuxième consultations elle a pas parlé de monsieur, de son couple quoi. Or souvent les patients ou patientes quand on leur demande comment ça se passe à la maison ; ben ils parlent de leur compagne ou compagnon. Après pour être honnête je me suis dit tient il doit avoir quelque chose au niveau de la sphère familiale mais je me suis pas dit c'est certain il y a de la violence conjugale ! je me suis dit euh peut être qu'il y a un divorce ou quelque chose comme ça.

Moi : Oui je comprends ! Et quand vous avez remarqué qu'elle ne parlait pas de son compagnon lors de votre première question. Vous-avez pensé à aborder ce sujet avec elle ? aborder le sujet du compagnon.

M4 : Ben oui mais je ne l'ai pas fait ! Je l'ai pas fait parce que je sentais que la patiente ne voulais pas aller plus loin. Et donc je n'ai pas voulu être dans le forcing ! Je me suis dit « bon ok madame ne veut pas en parler ». Du coup voilà je n'ai pas abordé ça lors de cette consultation.

Moi : oui donc si je comprends bien la peur d'être intrusif

M4 : oui c'est bien ça. Je n'ai pas voulu mettre la patiente mal à l'aise, sous pression.

Moi : oui très bien !

M4 : Ici je pense que la patiente était pas prête finalement et puis elle s'est peut-être dit ok j'y vais ; j'ai besoin d'en parler.

Moi : oui tout à fait ! je pense que c'est tout à fait possible. ET a votre avis qu'elle pourrait être l'impact de la détection ou de la révélation des violences conjugales sur la relation avec la victime ?

M4 : Alors euh...Ben ça peut la renforcer. Les patientes se sentent soutenues. Elles ont une oreille attentive. Elles se sentent moins seules. Les patientes sont contentes ! Maintenant euh je pense qu'il faut faire attention dans la manière d'aborder les choses. Voilà si la patiente monte de la réticence à en parler. Ben moi personnellement je vais pas y aller ! je vais pas matraquer la patiente de question. Justement on risque de la mettre mal à l'aise et qu'elle ne revienne plus. Du coup on risque de la perdre de vue. Non non pour moi c'est pas une manière de faire !

Moi: oui je comprends ! Et comment vous vous sentez lors d'une consultation sur ce sujet ?

M4 : Ben pas toujours super à l'aise ! C'est toujours surprenant ! Puis moi j'ai pas beaucoup d'expérience sur ce sujet .

Moi : Intéressant. Vous pouvez développer ?

M4 : Parfois il y a des patientes je m'attendais pas à ce qu'elles subissent des violences. Elles sont souriantes en consultation. Bref on ne s'y attend pas toujours. On est surpris !

Et oui surpris aussi ; Encore plus surpris quand je connais le mari ou compagnon en question ! Pareil je m'en serais jamais douté. Comme quoi on ne peut pas vraiment se fier aux apparences.

Moi : Oui je vois ce que vous voulez dire.

M4 : Après soigner les deux enfin je veux dire le couple. Ben faut pas commencer à prendre parti. On aide mais voilà faut pas diaboliser l'autre. Faut faire notre job de médecin pour les deux.

Moi : oui tout à fait.

M4 : Faut pas avoir un jugement. Faut pas que notre jugement sur le partenaire influence la qualité de nos soins. Même si voilà je dis pas que c'est pas évident ! Mais voilà !

Moi : oui je comprends ce que vous voulez dire. Continuez à être présent pour le couple.

M4 : oui voilà !

Moi : Avez-vous déjà entendu parler des recommandations, guide de bonne pratiques ?

M4 : Ah non pas du tout !

Moi : j'aimerais avoir votre avis. On nous suggère de détecter sur base de plaintes comme la dépression, anxiété, infection génito-urinaire à répétition, plaintes somatiques, tentatives de suicide ou encore lors de la grossesse ? Quand pensez vous ?

M4 : Je pense que c'est des plaintes qu'on peut rencontrer pour d'autres raisons que les violences conjugales. Personnellement oui si je trouve rien comme dans l'exemple de ma patiente et oui en connaissant la patiente c'est plus facile aussi. Enfin voilà ça dépend du contexte, si on connaît bien la patiente. Mais voilà je penserais à aborder les violences conjugales en dernier. Après voilà peut-être à cause de mon manque d'expérience. Et pas lors d'une première consultation. J'attendrais que la patiente soit prête.

Moi : Trouvez-vous que c'est plus facile devant certaines plaintes ?

M4 : ben s'il y a des coups c'est plus facile ou plaintes somatiques. On peut demander comment ça s'est produit ou comment ça va à la maison.

Moi : Et face à une attitude intrusive du partenaire ?

M4 : Moi j'ai jamais eu le cas. Mais oui là je pense que c'est plus facile d'imaginer un contexte de probable violence. Maintenant comment faire de la détection quand ils sont à deux. C'est compliqué...Encore une fois si le partenaire pige et après on voit plus personne.

Moi : oui donc éléments qui peut être révélateur mais ensuite difficultés à mettre en place en présence du compagnon.

M4 : oui parce que lui demandé de sortir ok. Mais s'il comprend et on les voit plus. C'est un risque aussi..

Moi : Oui donc peut aussi de ne plus avoir contact avec le couple.

M4 : oui voilà !

Moi : ET que pensez-vous de mettre des flyers dans la salle d'attente ?

M4 : ah oui pourquoi pas ! ça pourrait aider les patientes à venir en parler. Donc oui je suis plutôt pour.

Moi : quel devrait être le contenu de ce flyers ?

M4 : Alors moi je pense à des numéros d'aide. Des numéros pour la prise en charge des patientes. Et aussi le numéro d'écoute là. Je ne m'en souviens pas. Je l'ai entendu à la télé.

Parce que voilà parfois les patientes sont pas prêtes à parler au médecin généraliste et donc un numéro d'écoute c'est bien. Et euh un truc du style « Vous pouvez en parler à votre médecin généraliste. Comme ça nous aide aussi. Du coup c'est la patiente qui vient nous en parler. On passe pas à côté d'un cas ! Donc oui c'est bien les flyers. Maintenant est-ce que la patiente va oser en prendre un. Devant tout le monde ou retourner avec. Ça je sais pas mais oui au moins le voir. Vois le sujet des violences conjugales c'est déjà bien. Elle peut après aborder le sujet en consultation et nous alors on peut aussi lui donner le flyers.

Moi : oui c'est une bonne idée ! Et que pensez-vous du dépistage systématique ?

M4 : ouf non ! Pour moi ça n'a pas de sens. Il faut un contexte ! Et puis faut avoir le temps de le mettre en place ! C'est recommandé ça ? (rires)

Moi : pas en Belgique mais en France par exemple oui. (rires)

M4 : aaaaah mais non je ne suis pas pour. C'est un sujet délicat en plus. Puis comme ça que ça rentre dans le dépistage. Les patientes vont se demander quoi aussi. Non je suis contre !

Moi : D'accord c'est compris ! Avez-vous des idées pour améliorer la pratique des médecins généralistes ?

M4 : ben déjà sensibiliser les médecins généralistes ! Et je pense déjà lors des études. Et alors oui de la sensibilisation et des formations !

Avez-vous d'autre remarque sur le sujet ?

M4 : euh je réfléchis ! Non je pense pas. Sujet très intéressant qui fait réfléchir. C'est très bien. On réfléchit à sa propre pratique.

Moi : merci beaucoup ! ça fait plaisir. je vous remercie pour votre temps

M4 : de rien ! bonne continuation

ENTRETIEN N°5 :

Moi: Que vous évoque les violences conjugales ?

M5: (rires) euhhh qu'est-ce que ça m'évoque? euhhhh (réfléchis) en tant que médecin ou..?(silence)

Moi: oui en tant que médecin ou de manière générale. Ce qui vous passe par la tête.

M5: euh ben c'est pas facile. De l'injustice, de l'incompréhension. C'est pas facile (rires)

Moi: Par exemple quelles sont vos connaissances en matière de violence conjugale?

M5: Mes connaissances. Je n'ai pas beaucoup de connaissance de comment agir dans le cas de violences conjugales. huummm c'est un peu un feeling quoi. Voilà ça dépend c'est pourquoi aussi. C'est des coups, des blessures ou si c'est euh plus dans la parole, verbalement. C'est deux formes différentes. Ça dépend aussi si c'est répétitif ou non répétitif. Mais au niveau de mes connaissances en tant que telle euh qu'est-ce que je peux dire (silence). j'essaye de...enfin j'ai pas eu de formations spécifiques sur les violences conjugales à proprement parler. J'ai déjà vu ou entendu les types de violences; comment on peut agir. Je me souviens d'un cercle qui représenté ça mais à part ça on ne sait pas trop comment réagir. Quand on fait un constat de coups et blessures. ben j'essaye d'être très complète au niveau de mon constat. Mais voilà c'est aussi de la négociation. De voir avec la patiente si elle doit porter plainte. Quand on voit au niveau de la police. Quand c'est à répétition la police peut être utile.

Moi: oui donc si je comprends de la violence physique identifiée et vous me parliez de constat de coups et le fait d'être vraiment complète. Vous pouvez développer?

M5: Alors d'abord je demande ce qui s'est passé. Enfin je demande toute la situation, l'heure etc et puis après je constate les coups, les blessures sur le corps de la patiente et puis après quand j'écris le constat je note ce que la patiente a dit. Donc toute la situation de comment ça s'est passé et alors qui est la personne. enfin c'est un constat donc je dis madame me dit que monsieur untel la frappé donc voilà. Et puis je note les blessures du haut de la tête jusqu'au pieds. Je note aussi le nombre de centimètres qu'une blessure fait. Je dis si hématomes, ecchymoses, dermoabrasion, toutes les sortes qu'on peut avoir. et je note aussi la longueur, la couleur. Puis voilà j'essaye d'être la plus complète possible.

Moi: très bien. C'est très complet. Et vous le rédigez systématiquement?

M5: ben souvent c'est quand la patiente vient pour des coups. Je rédige pas mal de constat de coups et blessures. Du coup d'office je fais un constat et un papier pour la patiente, un papier pour la police et un papier pour moi. Comme ça on a une trace dans le dossier. Parfois je fais des photos!

Moi: ah oui des photos aussi dans le dossier

M5: ben c'est plutôt mon téléphone (rires) mais je le fais vraiment quand c'est vraiment trop fort! alors là je le fait. L'autre jour j'ai une dame, enfin son compagnon, il a éclaté. Elle avait plus de nez vous voyez! elle avait plus de nez et voilà c'était cassé. Elle avait des coups partout partout! elle était remplie remplie. Et donc quand c'est comme ça je fais des photos.

Moi: Par rapport à ce que vous me dites. Vous avez beaucoup de cas de violences conjugales dans votre pratique?

M5: oui quand même. C'est beaucoup physique!

Moi: Et vous pensez que c'est fréquent dans la population?

M5: oui enfin moi j'ai une population particulière (rires) et ça peut très vite dérailler.

Moi : particulière c'est à dire? (rires)

M5: ma population, ma patientèle (rires)....ben c'est quand même une région plus pauvre. donc voilà

Moi: et vous pensez qu'il y a un profil plus à risque?

M5: non je ne crois pas mais je pense que d'office il y a plus de violence dans les milieux pauvres. Parce que c'est lors façon de communiquer. Avant je travailler dans une région

"dites plus riche" et voilà en fait ici ils vont pas venir se plaindre pour des paroles. de la violence verbale parce que c'est comme ça. Il communique comme ça. Ils sont moins instruit et donc ça joue sur ça. Par contre au niveau des violences familiales ou conjugales je pense pas qu'il y ai un milieu particulier mais je pense qu'il y a un milieu qui peut favoriser oui.

Moi: Et vous pensez à quoi quand vous dites des choses qui peuvent favoriser?

M5: je pense au niveau d'instruction. Le fait d'avoir vécu des violences auparavant ça favorise aussi. Enfin oui ça ça c'est les plus gros point. La maladie psychiatrique, la précarité. La vie moins facile ça peut favoriser.

Moi: ok très bien c'est intéressant! et pour vous quel serait le rôle du médecin généraliste face aux victimes de violence conjugale?

M5: Pour moi il est primordiale. Je pense qu'on est les premiers acteurs de ces violences que se soit conjugales ou familiale. On est au cœur des familles. Que ce soit chez eux ou en consultations. je pense que c'est à ce moment-là qu'il faut agir. Je pense que ne pas oser enfin dire voilà écouter je vois bien qu'il y a quelque chose. Si vous voulez parler je suis présente etc. Et alors je n'irais jamais forcer qui que ce soit. Je pense que ça reste c'est à la liberté de chacun d'en parler. Mais voilà par contre je trouve que ça vaut la peine que quand on est médecin de ne pas se dire bon on passe et on verra bien s'il se passe quelque chose. Moi je note tout dans le dossier et s'il faut que j'appelle une fois les services sociaux. Enfin voilà j'hésite pas parce que je trouve que c'est important.

Moi: oui donc un rôle dans la prise en charge si je comprends et..

M5: je pense que seule on ne peut pas tout faire en tant que médecin généraliste. Je pense qu'on a nos limite aussi et que parfois il faut savoir référer voilà.

Moi: Et vous travaillez avec quels acteurs en complémentaire?

M5: ben ça peut être l'assistante sociale. Chez mes patientes beaucoup ont une assistante sociale. Donc appeler le CPAS, le centre de violence conjugale et discuter avec eux. Aussi les médecins avec qui on travaille. Les psychologues spécialisés dans les violences conjugales. Voilà ils ont l'habitude.

Moi: Un travail multidisciplinaire si je comprends bien.

M5: oui voilà.

Moi: Et ça vous est déjà arrivé de détecter des violences conjugales?

M5: euh c'est à dire de le voir sans que la patiente vient pour ça?

Moi: oui c'est bien ça.

M5: oui bien sur oui mais alors là t'es bloqué. Tu es vraiment bloqué ! Une elle est venue avec un cocard et elle me dit je me suis pris la porte. Je sais très bien qu'elle ne s'est pas prise la porte. L'hématome était vraiment important . Ca faisait trois semaines qu'elle avait une joue comme ça. énorme. Je pense qu'il était vraiment encapsulé. Et donc je l'ai référé vers les urgences comme ça je me suis dit c'est pas plus mal si il y a une preuve par les urgences aussi quoi.

Moi: oui donc une détection sur signes physiques.

M5: oui un signe physique. Maintenant tu sais pas toujours comment tu dois réagir. Il y a des couples comme ça ou ils sont habitués à se gueuler dessus. C'est leur façon de fonctionner même si elle est pas bonne. j'en ai pas mal. Tu y vas et ils sont en train de s'insulter. oui il y en a mais c'est mutuelle donc à ce moment-là c'est difficile.

Moi: difficile ? vous pouvez développer ?

M5: C'est de savoir tient violence ou juste communication, leur manière de faire. Je pense qu'ils sont violents en verbalement. Mais je ne sais pas si ça leur font du mal et c'est comme ça qu'il communique avec les autres aussi donc.

Moi: okok. Et vous avez déjà suspecter sur d'autres éléments ?

M5: non non. Mis à part violence physique et verbale.

MOI: Et une fois qu'il y a détection comment vous aborder le sujet avec la patiente?

M5: Oui. je vais pas lui rentrer dans le lard comme ça. je vais détourner un peu le machin. Je vais lui dire tiens c'est pas trop dur à la maison. et euh est ce que monsieur est toujours gentil. voilà parfois des petits machins ou ça passa comme ça et puis elle te réponds à coté ben tu comprends qu'elle ne veut pas en parler ou voilà il y a rien.

Moi: d'accord donc des pistes pour la patiente et qu'elle décide..

M5: oui qu'elle décide si elle veut en parler. Si elle ne veut pas et qu'elle est braquée ben voilà. Tu peux pas non plus forcer.

Moi: oui je comprends. Et vous me parliez du cycle de la violence tantôt c'est quelque chose que vous utilisez en consultation?

M5: oui j'explique le cycle de la violence. J'explique pas à toute non plus. Voilà c'est triste mais elles viennent pour un constat de coups. C'était pas prévu. Entre deux consultations. Je prends bien le temps pour le constats mais si après je dois encore expliquer le site de la violence. Déjà un constat ça me prends 40 minutes mais si après je dois expliquer le cycle de la violence j'en ai encore pour une heure. Après voilà je propose de revenir si besoin de parler. Maintenant si elles le font pas je peux rien y faire; mais celles qui reviennent alors là j'en discute avec elle.

MOI: d'accord et

M5: on est pas psychologue quoi! voilà je crois que chacun a ses limites aussi et je pense que si je dois aller plus loin que le cycle c'est le boulot de quelqu'un d'autre quoi.

Moi: oui je comprends . Et euh par rapport au révélation des violences conjugales pensez -vous que ça puisse avoir un impact sur la relation avec la patiente?

M5: euh je ne sais pas. ça dépend je crois . C'est aléatoire? Certaine ça va renforcer, d'autres pas. ça dépend. Puis parfois on peut se poser la question de si c'est vrai ou pas. Vous voyez? Il y en a qui viennent trois fois et elles disent trois fois la même chose. Enfin tu te demandes si c'est réel ou pas.

Moi ah oui je vois

M5: Et là du coup tu deviens méfiante. Oui c'est déjà arrivé.

Moi: ah oui et c'est le fait que la patiente venait avec la même histoire.

M5: oui enfin non. Elle, la patiente, venait toujours avec sa fille. Et à dire qu'il était vraiment méchant et tout. je sentais qu'elles étaient manipulatrices.

Moi: oui un feeling

M5: oui et tu constates pas les coups. "Oui mais c'est disparu hein depuis ". Et elles ont toujours des photos et des vidéos des coups. Mais moi quand je les vois je les vois pas. Et donc je leur dis je ne constate pas sur photo.

Moi: oui je vois. Et pour le suivi vous vous organisez comment?

M5: ben ça dépend. Je dis que si elles veulent venir en reparler faut pas hésiter. QUE SI de nouveaux des coups faut revenir. Après il y a aussi d'abord une discussion sur est ce qu'il y a plainte à la police ou non. Après on peut déposer une main courante sans pour autant avoir un plainte; juste le dire pour que ce soit mis dans le dossier. Et au moins on sait qu'il y a quelque chose. Je leur dis bien parce que peu savent ça. Porter une main courante. donc ça en générale je leur dis. Sinon niveau du suivi ça dépend de la personne. Est-ce que vous voulez revenir en parler ou pas? Je mets pas la pression. C'est à la patiente de décider.

Moi: oui la patiente qui décide quand elle veut en reparler. laisser la porte ouverte.

M5: oui voilà. je propose quand même une aide psychologique et je donne le numéro de violence conjugale.

Moi: avez-vous des difficultés dans l'orientation des victimes?

M5: euh alors les orienter vers les services. C'est pas difficile maintenant est-ce qu'elles le font. C'est autre chose. Je vais pas appeler pour elle. Ca doit être une démarche d'elles même. Je vais pas appeler moi. Je leur donne les clés en main mais voilà elles sont majeures.

Moi: oui donc rôle d'orientation mais c'est elles qui décident de contacter les services d'aides ou pas.

M5: oui c'est bien ça.

Moi: Et par rapport à votre expérience vous avez déjà craint pour la vie d'une patiente?

M5: (réfléchis) non. non.

Moi: donc pas de situation de danger ok. Comment vous évaluer les situations? qu'est ce qui évoque pour vous le danger?

M5: Alors la répétition. Alors aussi l'état de violence. Le harcèlement aussi. et sur la peur de la patiente. On le ressent quand même. Si je vois qu'elle est enfermée dans un cocon. Plus personne de la famille. Oui je fais attention à ça. et voilà si elle me dit j'ai plus d'amis, famille à cause de ça etc. Là c'est vraiment la proie facile.

Moi: oui voir ce qu'il y a autour de la patiente.

M5: oui voir l'entourage. Mais voilà voir surtout la répétitions des coups. L'acte violent aussi.

Moi: oui voir ce qu'il y a autour de la patiente.

M5: oui voir l'entourage. Si elle a un entourage avec qui elle peut avoir confiance et avec qui elle peut en discuter. Puis voilà voir surtout la répétitions des violence. L'acte violent aussi. Voilà ça c'est des choses qui voilà sont à prendre en considération.

Moi: Et quand vous dites actes violents vous pouvez développer?

M5: La violence des coups. Ou les violences en parole. Si il lui dit "je vais te tuer". Enfin des choses comme ça. et que c'est quelque chose enfin elle a peur et que ça pourrait enfin. Que selon elle ils pourraient passer à l'acte ou que selon elle il pourrait passer à l'acte. Ou si monsieur a été incarcéré pour violence. évidemment je ne prends pas ça à la légère.

Moi: oui je comprends! Et avez-vous déjà entendu parler de l'échelle de Campbell?

M5: non

Moi: c'est une échelle , sous forme de questions, pour évaluer le risque vital de la patiente. il y a un score à calculer. Pensez-vous que cela soit utile?

M5: je crois que c'est bien mais il faut faire attention aussi parce que parfois je crois que ça peut déformer. On est pas là quand l'acte violent se passe. du coup c'est difficile d'objectiver. Tu as que la version de la patiente et donc oui tu dois lui faire confiance mais maintenant comme je disais des gens manipulent parce que ça les arrangerait. Je fais un peu l'avocat du diable (souffle). Mais voilà tu as l'impression que c'est le bon plan aussi de dire que leur mari est violent pour que au niveau financier elle puisse se sortir de tout ça. Genre une patiente ne voulait pas partir de chez elle parce que niveau finance elle pouvait pas s'en sortir mais par contre si lui était mis dehors c'était mieux. Donc voilà c'est un peu (silence)

Moi: que voulez-vous dire?

M5: ben pas pour tout le monde. Ca dépend de la situation.

Moi: d'accord et avez-vous connaissance des recommandations, guide de bonne pratique concernant les violences conjugales?

M5: oui j'en ai déjà entendu parler mais je les ai pas vraiment regardé par manque de temps.

MOI: oui je comprends. On suggère dans les recommandations de détecter sur base de plaintes telles que dépression, anxiété, tentatives de suicides. infections génitales urinaires à répétitions. Aussi plaintes somatiques. Ou aborder les violences quand partenaire intrusif , grossesse. vous en pensez quoi?

M5: de faire plus attention en tous cas quand c'est (silence). C'est difficile de dire qu'on va détecter sur base de ces plaintes. Par exemple les infections urinaires, on peut avoir des femmes X qui viennent pour ça et pour autant il y a pas de violence conjugale. La femme enceinte oui si il y a des signes de violences pour agir plus rapidement. maintenant dire que je vais détecter parce que la femme.. si peut être plus sur le psychologique. Je vais demander comment ça se passe à la maison et pareil pour les plaintes psychosomatique.

Voilà elle vient toujours avec un mal de ventre et qu'il y a rien. Et on a fait tous les bilans pour et que finalement on se rend compte que c'est anxieux. Parce que ça je demande souvent si elle sont pas anxieuse. C'est une question de mon anamnèse de base en général. Euh alors oui je demande si ils sont anxieux ou pas et peut être qu'au niveau psychosomatique et je vois que c'est fréquent, répété ..mais dire que je vais détecter c'est peut-être gros.

Moi: pas évident de détecter les cas si je comprends bien. En dehors des coups comme dis précédemment.

M5: oui je pense que c'est pas évident. On n'y pense pas toujours.

Moi: oui tout à fait. Et que pensez-vous de la mise en place de flyers dans la salle d'attente sur le sujet des violences conjugales?

M5: je trouve que c'est toujours bien de mettre de la documentation. oui c'est bien.

MOi: Quels pourrait être les bénéfices de ces flyers?

M5: m'aider moi je crois pas. enfin si peut être favoriser la discussion autour de la patiente. Mais ça peut aider surtout la patiente savoir que ça existe. Qu'il y a des structures, qu'elle est pas seule. enfin voilà.

Moi: quelle serait le contenu idéal de ce flyers?

M5: des numéros d'aide, dire que c'est fréquent. il existe des aides. Que le médecin est là si besoin d'en discuter. voilà ça c'est bien.

Moi: ok très bien. Et tantôt vous me disiez que c'est des consultations qui prennent 40min c'est ça?

M5: oui avec le constat de long et en large. Tu discutes pas que des coups. Comment elles.. Comment elles se sentent. Psychologiquement comment elles se sentent. Donc oui ça prend du temps.

MOI: et quel est votre ressenti durant ces consultation?

M5: (silence) euh ça dépend lesquels. Parfois tu te sens un peu impuissante. Parfois j'aimerais prendre plus de temps pour en parler mais parfois tu te dis merde ça arrive en plein milieu de ton truc. Enfin tu as pas le temps. C'est un peu comme ça un mix sentiment d'impuissance et de frustration je dirais.

Moi: oui je comprends. Euh pensez-vous à des solutions pour améliorer la pratique des médecins généralistes face à cette problématique?

M5: euh pour la pratique des médecins généralistes. Euh je pense que c'est indépendamment de chaque médecin mais je pense qu'on devrait être plus sensibilisé aux violences . euh du coup je pense qu'il y a un travail collaboratif qui doit être fait. Je pense qu'on doit être sensibiliser surtout et aussi à la logique collaborative. gérer tout seule la violence conjugale? Je n'y crois pas. Je pense qu'on devrait être plus sensibiliser au cause et d'être plus formé à les aborder ça en médecine générale et alors plus de formations pour ça.

Moi: ok très bien donc plus de multidisciplinarité et formations. Et alors en France on propose du dépistage systématique? Qu'en pensez-vous?

M5: C'est à dire?

Moi: donc la patiente ne se présente pas en consultation pour violence conjugale mais on aborde les violences conjugales? Comme un dépistage pour le colon ou mammaire.

M5: C'est fait comment?

Moi: via un questionnaire.

M5: euh oui pourquoi pas mais de nouveau faut prendre ça avec des pincettes quoi. Il y en a plein qui vont te mentir dans ce genre de chose. Mais bon voilà comme dans plein de truc mais voilà pourquoi pas mais maintenant je pense que...qu'est-ce qu'on en fait de ce truc ? C'est pas facile à gérer non plus quoi.

Moi : qu'est-ce que vous voulez dire par là ?

M5 : ben si c'est un entre deux. Ben du coup faudra reprendre une consultation pour en parler. Enfin je trouve je trouve que c'est difficile à gérer.

MOI : oui donc des difficultés à mettre en place si je comprends bien. Mais pas contre ?

M5 : ben je sais pas si c'est comme ça pour tout le monde ok. Ok ça peut peut-être aider au repérage. Mais après ça peut aussi brusquer la patiente, faire peur. Enfin je ne sais je ne sais pas.

Moi : oui je comprends votre point de vue. Avez-vous d'autres remarques sur le sujet ?

M5 : hum non je pense pas.

Moi : merci pour votre participation et votre temps.

M5 : de rien. Bon courage pour la suite

Moi : merci

ENTRETIEN N°6 :

Moi: Que vous évoque les violences conjugales ?

M6: Tu peux me tutoyer tu sais. Alors qu'est-ce que ça m'évoque ?

Moi: Oui

M6: Alors du dégoût, de la colère. Euh et aussi parfois un sentiment d'impuissance quand tu as notamment des.. enfin tu as l'impression de.. enfin c'est souvent des dames maintenant ça arrive aussi aux hommes. Tu as les dames qui reproduisent toujours un peu les mêmes schémas. Elles se retrouvent toujours avec des types qui voilà.. qui les maltraitent et tu essayes de leur donner des numéros, de les aider mais en même temps elle refait comme toujours. Elles retombent dans les filets et voilà je trouve que c'est vraiment rare celles que tu arrives à extraire de la relation. De ce cercle de violence conjugale où tu as parfois un conjoint violent et si séparation ben voilà ça va. Mais tu en as beaucoup plusieurs qui vont retomber sur le même type de gars et qui retombent dans le même engrenage, des types qui les maltraitent. Donc je pense que c'est super compliqué parce que je crois qu'il y a un travail psychologique à faire chez elles aussi pour comprendre pourquoi elles retombent sur des gens comme ça. C'est pour ça que tu as ce sentiment d'impuissance. Parce que tu te dis comment tu peux supporter ça! (silence). Et.. voilà toi tu as que médecin généraliste donc tu ne peux pas dire...enfin oui ça m'ait déjà arrivé de dire mais barre toi! Qu'est-ce que tu veux que je te dise barre toi!

Moi: C'est de l'agacement ?

M6: Non c'est pas vraiment de l'agacement. Ça m'agace pas l'attitude de ces femmes là mais oui c'est de l'impuissance. Tu aimerais les aider mais tu te rends compte que tu arrives pas souvent. C'est pas comme si tu as quelqu'un qui a une pneumonie. Tu lui donne des antibiotiques et après voilà il est guéri en une semaine. Ici c'est un truc où tu.. voilà c'est pas de l'agacement mais de l'impuissance. C'est plus les types, et parfois les femmes, qui crient, tapent dessus qui m'agace mais c'est plus le fait de se dire que tu tournes en rond et tu sais pas comment les aider quoi.

Moi: Oui oui je comprends. Je comprends tout à fait. Tu as déjà eu des cas, une expérience à partager ?

M6: Euh j'ai eu quand j'étais de garde pas mal de constats de coup à faire. Maintenant voilà c'est surtout en garde paradoxalement. J'ai pas tellement de patientes à moi qui sont venues pour des constats de coups. C'est plutôt quand c'est des patientes à moi des violences d'ordre psychologique. Elles se rendent même pas compte qu'elles sont victimes de violences: des rabaissement, des trucs.. mon mari m'a dit ça et tu te dis mais enfin.. voilà des choses comme ça. Mais au niveau violence physique j'ai jamais eu une patiente me disant mon mari m'a tapé faut faire un constat de coup. c'est plutôt en garde. Voilà et tu fais le constat en disant voilà hématome machin bidule machin bidule. Mais voilà plutôt en garde.

Moi: Donc plutôt violence psychologique dans ta patientèle

M6: Voilà et plutôt en garde violence physique oui

moi: Et quel est le contenu de ton constat de coup ? As-tu des difficultés ?

M6: Moi je mets enfin je sais pas si c'est bon. Je soussigné docteur X docteur e médecine atteste avoir interrogé et examiné madame, monsieur X. je mets la date et l'heure. je note d'abord tous ce que j'ai constaté de manière objective donc les hématomes, bleus, griffures, traces de coups et puis quand je vois que la patiente et un peu en stress post-traumatique je dis que visiblement la patiente présente un état de stress post-traumatique. et puis je dis selon madame les coups auraient été administré par son compagnon . Voilà au conditionnel. Et j'explique qu'il ne faut pas se formalisé parce que je dis madame me dis que. je dis voilà moi comme j'étais pas là je peux pas attester que c'était votre mari ou voilà. ex ou nouveau copain. Et voilà après à la fin je mets certifié sincère fait le.. à... cachet et signé. Mais je pense que dans les programmes, dans medispring, il y a un

certificat de coup. Mais j'avoue que je n'utilise pas ça. C'est marrant mais je préfère le faire à la main.

Moi: Pour quelles raisons selon toi ?

M6: Ben je ne sais pas. En fait j'ai toujours un peu. Enfin pour moi l'ordinateur met toujours une distance entre moi et le praticien. Et donc pour ce genre de trucs. euh je sais pas je trouve que si tu écris à la main c'est comme si tu participais un petit peu plus. Dire voilà tu as pas un truc devant toi et expliqué un truc pas super sympa à expliquer. Et voilà je fais toujours des photocopies. Je dis voilà je garde pour moi et comme ça je leur dis vous avez l'original pour la police. Et voilà si je suis pas le médecin traitant je donne aussi une copie à la patiente pour la remettre au médecin traitant.

Moi: Ah oui c'est super ça! C'est bien. Et ici donc rédaction d'un certificat à la demande de la patiente. Ca t'es déjà arrivé de constater des coups sans que la patiente vienne pour ça ?

M6: Euh je réfléchis. Euh je pense que ça m'est arrivé une fois. J'avais remarqué des coups et j'ai dit à la patiente de faire un constat mais elle ne voulait pas sur le moment mais elle est finalement revenue le lendemain. Je ne me souviens plus trop du contexte.

Moi: Oui donc tu proposes ?

M6: Oui quand je vois que la personne est réceptive quoi.

Moi: Et en dehors des coups et ce que tu rédiges un constat, papier ?

M6: Non je mets.. Souvent si je pense qu'il y a quelque chose qui va pas dans le couple je mets dans le dossier difficulté conjugale point d'interrogation. C'est pas quelque chose que tu sais objectivé sauf si elle me le dit ! Alors là je le note ! Voilà mon mari m'a dit que je faisais de la bouffe dégueulasse, il m'a tiré par les cheveux.. alors là je note. Mais c'est vrai que je fais pas un truc très standardisé comme le constat de coup.

Moi: Si je comprends si elle te fait part de ses violences tu les notes dans le dossier ?

M6: Oui oui.

Moi: Ok très bien. Tu penses que c'est fréquent ?

M6: Je pense que c'est plus fréquent que ce que l'on pense. Surtout au niveau des violences psychologiques. Parce que je pense que les gens ne se rendent pas compte de ce que c'est une violence psychologique. dernièrement j'en ai eu une. C'est assez particulier parce que c'est une dame qui est avec un monsieur plus âgé qui avait déjà 50 ans. Et elle voulait un enfant. Monsieur lui avait déjà 3 enfants d'une prétendante union. Ma patiente a subi un traitement en PMA pour avoir son petit garçon. Et elle est finalement tombée enceinte de manière naturelle. Et lui ne voulait pas qu'elle garde le bébé. Il voulait qu'elle avorte. Et finalement ils ont décidé de la garder. Et en fait elle est venue l'autre jour pour me dire que ça n'allait vraiment pas depuis. C'était pas vraiment.. pas de coups mais c'était plus une humeur maussade que monsieur trimballe tout le temps et qui retombe sur elle en fait. Donc vraiment comme si rien n'allait dans sa vie et que c'était toujours de sa faute à elle. Et donc un moment je lui ai dit " tu ne penses que que ce soit de la violence conjugale?". Et elle m'a dit " ah ben je n'ai jamais vu les choses comme ça mais effectivement des copines m'en ont déjà parlé".

Moi: Ah oui je vois.

M6: Et aussi son gamin de 3 ans maintenant va lui dire "maman tu pleures encore à cause de papa, pourquoi tu pleures". Donc voilà une ambiance assez triste. Et c'est à elle que j'ai dit la dernière fois barre toi ! (rires). Qu'est-ce que tu entends ! Mais finalement elle ne s'est pas barrée. Mais voilà je ne sais pas comment ça va maintenant. Après je pense qu'elle ne le quitte pas parce que elle n'a pas vraiment de famille mis à part lui. Et donc tu as plein de trucs affectif là-dedans. Et donc oui je pense qu'il y en a plus qu'on le croit et que c'est parce qu'on n'ose pas venir nous en parler. Je pense que c'est encore plus compliqué pour un homme enfin je pense. Et parfois tu as des drames où tu t'aurais dit j'aurais jamais imaginé que tel gars pourrait étrangler sa femme. Enfin voilà.

Moi: Oui tout à fait. Être finalement surpris par moment par le discours des victimes .

M6: Oui voilà.

Moi: Et quels sont les éléments qui t'avait fait suspecter un cas de violence conjugale?

M6: C'était plus le rabaissement. Des trucs comme tu m'aides pas, tu t'occupes que des enfants...Une phrase comme ça ça peut arriver dans une dispute de couple. Mais c'était apparemment systématique. Et cette fille elle était super souriante avant et maintenant elle sourit quasi plus. Tu vois bien qu'elle donne le change mais voilà.

Moi: ah oui tu as remarqué un changement dans le comportement. Un changement au niveau du moral ?

M6: Oui moins jovial !

Moi: Et tu as connaissance des conséquences des violences conjugales sur les patients ou patientes ?

M6: Ouf !! je pense que ça peut amener plein de trucs. Dépression, suicide, éloignement avec la famille, les mutilations. Oui je pense que ça peut amener pleins pleins de trucs.

Moi: Oui donc plutôt conséquence sur la santé ?

M6: Oui tant sur le plan physique que psychologique. Maintenant à mon avis ça peut avoir aussi des conséquences sur leur boulot parce qu'elles doivent moins être appliqué au travail etc.

Moi: Oui c'est tout à fait juste. Une étude est sortie il y a pas longtemps justement. (rires)

M6: Ah ben voilà tu vois (rires)

Moi: Et quel est le rôle du médecin généraliste vis-à-vis de ces victimes ?

M6: Ben de les écouter d'abord! D'être un lieux de confiance. Et qui est d'ailleurs compliqué quand tu es le médecin de toute la famille. Parce que si tu es le médecin traitant du mec aussi je pense que ça devient assez compliqué. Et puis aussi de les orienter correctement vers les structures d'aide. Maintenant c'est vrai qu'on a peu de ...mis à part ce truc de la ssmg que j'avoue j'ai pas fait mais qui voilà. Un truc que tu peux faire des formations comme tu peux faire dans d'autres domaines comme cancer du côlon, les réfugiés enfin voilà mais pas vraiment de guidelines très définies et très.. enfin maintenant il y en a peut-être que j'ai pas vu c'est possible. (rires). Mais c'est un truc que je pense que si tu t'intéresses pas ou si tu n'as pas fait de recherches suite à un cas que c'est pas un sujet très clair. Pour certaines pathologies comme un diabète ben tu sais c'est ça faut faire ça. Faut faire attention à ça, organiser le suivi comme ça.. mais ici c'est un peu.. mis à part dire...faudrait oui peut-être pouvoir appeler les gens qui sont plus spécialisé la dedans. En gros notre job je pense que c'est orienté les gens. De faire ce que tu peux faire quand tu peux le faire à ton niveau. Et après d'orienter vers des gens plus spécialisé dans le domaine.

Moi: Oui donc un rôle d'écoute et d'orientation vers des personnes qualifiées dans le domaine.

M6: Oui oui.

Moi: Et tantôt tu me parlais de difficulté quand on soigne toute la famille? Tu peux développer ton point de vue ?

M6: Ben voilà si tu as des plaintes de ta patiente et que de l'autre côté tu as aussi la version du mari. Enfin voilà tu as deux sons de cloches différents. Après je pense que les gens maltraitants sont des gens intelligents. Et c'est aussi parfois pour ça que leur femme ne part pas. Ils arrivent en fait à se faire pardonner et de retourner la tête des gens. Et donc quand tu as deux sons de cloches ça complique les choses. C'est assez complexe.

Moi: Tu sais pas trop te positionner ?

M6: Oui c'est ça. Tu essayes de rester objectif dans le truc mais voilà madame te dit ça et monsieur te dit ça. Qu'est ce qui est vrai !

Moi: Et tantôt tu me parlais d'éléments qui t'ont fait supposer de la violence conjugale. Tu as déjà eu une situation où malgré ta supposition tu n'as pas osé aborder le sujet ?

M6: Non

Moi: Tu les fais systématiquement ?

M6: Non je ne le fais pas systématiquement mais j'ai pas le souvenir ce genre de truc. Maintenant c'est biaisé aussi. Il y a peut-être des trucs qui se passent et tu sais jamais vraiment ce qu'il se passe dans les familles des gens. On est quand même dans un milieu avec des gens socio-culturellement élevé et donc du coup les gens ont moins tendance à être violent que dans des milieux précarisés. Et je me suis dit également que avec le covid les gens qui étaient les uns sur les autres, en appartement.. ben qu'ils devaient y avoir une explosion des cas de violences conjugales que quand les gens peuvent voilà aller voir ailleurs, sortir prendre l'air en cas de problèmes.

Moi: Oui effectivement le covid-19 a eu une conséquences sur les violences. Et donc ça dépend selon toi du milieu économique ?

M6: Oui c'est ça.

Moi: Et quand tu dois aborder les violences conjugales avec ta patiente tu t'y prends comment ?

M6: Je pose la question: " ah comment ça va dans votre vie". "Ca va avec monsieur, les enfants". Je tourne un peu autour du pot pour resserrer un peu. Donc voilà des questions plutôt ouvertes. Ne pas dire " ah ben tiens vous-avez un bleu là comment ça se fait ? On dirait des traces de doigts". (rires). Maintenant si je vois un bleu je dis "ah ben tiens vous êtes tombée, que s'est-il passé ?"

Moi: Oui ne pas mettre l'accent directement sur les violences conjugales si je comprends bien ?

M6: Oui

Moi: Tu as connaissance des éléments de détection vis-à-vis des recommandations ?

M6: Non. Maintenant intuitivement quelqu'un qui se replie sur lui-même, qui maigri ou grossit... voilà j'ai pas en tête mais la plus part sont intuitifs.

Moi: Oui effectivement il y a des choses qui se devinent . Ici au niveau des recommandations on nous suggère de détecter sur base de dépression, tentative de suicide, anxiété, plaintes somatiques, plaintes génito-urinaires à répétition.

M6: Ah oui!

Moi: Aussi lors de la grossesse pouvant être un événement de conflit dans le couple. Ou encore attitudes intrusives du partenaire lors d'une consultation. Tu en penses quoi? Tu penses que c'est possible de détecter sur base de ses plaintes?

M6: Oui je pense ! Je pense qu'il y a moyen de détecter mais pas de première abord. Par exemple quelqu'un qui vient pour anxiété parce que le travail, examen, un TFE à rendre et axé le truc ensuite. Mais en tout cas pas lors de la première consultation. J'aurais du mal. Ok il y a du stress et la personne n'aborde pas ça. Voilà ça va pas au boulot par exemple. Ben je ne vais pas toujours penser à aller chercher plus loin. Maintenant peut-être que si je le faisais j'aurais découvert le poteau rose dans quelques familles. (rires)

Moi: Donc tu n'es pas contre de détecter sur base de ces plaintes si je comprends ?

M6: Pas contre mais voilà peut-être que justement en avoir parler ben voilà je serais plus attentive. C'est comme en médecine quand tu as un cas...j'ai déjà eu un cas d'une petite qui vomissait etc. Et voilà clinique de gastro. Mais elle chauffait encore après 3 jours, mal au cœur et à l'auscultation une matité. Et en fait c'était une pneumonie rétro cardiaque! Et donc après tu penses à ce truc-là. Et 10 jours après j'ai eu aussi une petite avec la même clinique et j'ai conseillé à la maman de faire examiner les poumons si pas pas mieux. Et c'était aussi une pneumonie! Donc ici dans le contexte des violences conjugales je pense que voilà si un jour tu as un cas d'anxiété, amaigrissement et finalement tu découvres de la violence conjugale. Tu vas être plus éveillé ton attention vers une autre dame qui présente le même profil.

Moi: Oui donc l'expérience qui permet une meilleur détection je peux dire

M6: Oui oui !

Moi: Et tu donnes qu'elle types de messages/ éléments à la patiente concernant les violences conjugales?

M6: Je leur dis qu'il existe des numéros vers ou c'est anonyme. Je dis aussi qu'elle peuvent toujours m'appeler. Je laisse des portes ouvertes sans dire ok je téléphone pour toi à machin sos violences conjugales. Voilà on laisse une porte ouverte. A la patiente de prendre cette porte mais effectivement donner des numéros, des gens qui peuvent être ressources. Mais je vais pas prendre mon épée de Zorro et dire voilà je suis le sauveur de l'humanité. Je vais venir te chercher dans ta baraque et je t'accueille chez moi pour trois jours. (rires)

Moi: ok ok (rires). Tu laisses ta patiente décider du reste de la prise en charge?

M6: oui

Moi: Et pour quel raison tu préfères laisser faire la patiente?

M6: Ben je pense que c'est comme dans tout. Si quelqu'un veut arrêter de boire on va pas le faire à sa place. Je pense que c'est à la patiente de se rendre compte et de se dire bon là c'est stop. Sauf voilà si tu as une crainte pour la vie de ta patiente ou ses enfants. J'ai jamais eu le cas mais voilà là du coup tu agis un peu plus de manière citoyenne en avertissant la police. Mais voilà si pas de menace immédiate sur la vie je pense que c'est important oui de responsabiliser la patiente. Et le fait qu'elle face la démarche.. Je crois que c'est déjà un premier pas pour aller de l'avant.

Moi: Oui donc faire en sorte que la patiente soit autonome.

M6: Oui voilà c'est ça.

Moi: Et par rapport à la relation avec la patiente. Tu penses que les révélations des violences conjugales ont eu un impact sur le lien thérapeutique?

M6: (silence) ben je pense que ça peut avoir plusieurs impact. Dans le sens ou si la patiente reste toujours avec son compagnon. Je pense que ça peut entraîner une sensation de gêne de la patiente envers le médecin et donc après elle peuvent aller voir ailleurs. Mais voilà si tu donnes les numéros, les aides ça ça peut renforcer le lien justement. Voilà ça dépend!

Moi: Et justement par rapport à la prise en charge tu orientes les patientes vers..

M6: Je tape "sos violences conjugales" ou alors je donne des noms de psychologues mais je sais pas si elles sont spécialisées dans le domaine. Alors je dis que si c'est pas le cas que la psychologue elle connaît peut-être quelqu'un pour l'orienter vers une structure plus adapté.

Moi: Donc orientation vers des psychologues et numéros d'écoute.

M6: Oui c'est ça!

Moi: Et tu suis ces patientes par la suite? Si oui tu t'y prends comment ?

M6: Euh ben je fais pas vraiment de suivi. Si la personne est fermée et qu'elle ne veut pas en parler je vais lui proposer un suivi plus rapproché. je vais dire "voilà je vous propose qu'on se revoit dans quinze jours ". Et quand je vois que la personne elle a plus de mal et que je dis appeler cette personne là etc. Ben je demande à ce que la patiente m'appelle pour me dire si elle a appelé, ce que ça a donné comme ça ça pousse la patiente à faire des démarches. Ah se dire tient le docteur à demander que je la tiens au courant et du coup je vais le faire !

Moi: Si je comprends bien tu penses que ça peut renforcer la patiente à faire les démarches ?

M6: Oui c'est ça! Un renforcement positif !

Moi: Et si tu revois la patiente en consultation ? Même en dehors du contexte conjugal.

M6: Oui on en parle. Je pense que ça fait partie de notre rôle de médecin traitant. Je le fais même souvent en consultation même pour d'autres choses. Mais oui je dis" tiens la dernière fois on a parlé de ça.. comment ça se passe"

Moi: Très bien! Et tantôt tu me disais que tu n'as jamais craint pour la vie de tes patientes. Mais sur quels éléments tu te bases pour évaluer le danger ?

M6: Les coups de plus en plus répétés, des marques de strangulations. Aussi si elle me dit elle m'a poursuivi avec un couteau, il m'a tapé un coussin sur la tête. ben là oui j'aurais peur.

Moi: Et ça t'intéresserait d'avoir une échelle permettant d'évaluer si la patiente est à risque? C'est une échelle présente sur le site de la ssmg

M6: ah oui oui bien sûr !

Moi: Dans les recommandations on nous suggère aussi de mettre des flyers dans la salle d'attente. Tu en penses quoi ?

M6: Oui une affiche avec le numéro. J'en avais une dans le temps mais maintenant avec le Covid 19 c'est un peu plus compliqué parce que les gens attendent dans leur voiture. Mais oui c'est intéressant comme ça même si la patiente n'en parle pas elle a quand même des numéros, des sources si elles se sentent concernées et si elles ne veulent pas en parler. Donc oui ça pourrait être chouette.

Moi: Donc ça pourrait être utile pour la patiente ?

M6: Oui

Moi: Et que devrait être le contenu de ce flyers ? Tu m'as dit des numéros..

M6: Oui des numéros d'aide et alors peut être des choses.. des Red flags pour les patientes. Je sais pas comme votre conjoint à des mots violents, des actes violents envers vous et vos enfants. Pourquoi pas avoir une échelle pour la patiente pour voir si elle est victime de violences par exemple ou pourquoi pas en lisant des témoignages peut être pour que la patiente se rendent compte. Qu'elle se dise à oui en fait c'est ce que je m'arrive aussi.

Moi: Oui donc des informations pour faire prendre conscience à la patiente.

M6: Oui oui !

Moi: Ok ok très bien. Et toi tu aimerais avoir des informations pour t'aider dans ta pratique ?

M6: Oui des numéros d'aide !

Moi: Ok des numéros !

M6: Et alors je pense que ce truc de la ssmg je vais le faire. (rires)

Moi: Ah mais c'est bien ! (rires)

M6: Mais voilà je pense à des numéros de personnes ressources. Voilà même une personne ressource que nous en tant que médecin on pourrait appeler pour dire voilà je suis confronté à telle situation. Parce que c'est bête mais voilà une patiente qui me dit on m'a poursuivi avec un couteau. Qu'est-ce que je fais? Moi j'aurais tendance à appeler la police mais quoi.. la justice, le Procureur du Roi ? machin machin. Ou alors j'envoie aux urgences... enfin je ne sais pas.

Moi: Oui donc avoir une personne de référence pour le domaine des violences conjugales.

M6: Oui et qui auraient des contacts avec différents protagonistes du sujet. Je pense que ça pourrait être intéressant.

Moi: Ok c'est noté. Et d'autres solutions pour permettre une amélioration de la pratique du médecin généraliste ?

M6: Peut-être qu'on en parle un petit peu plus! des formations, des modules...

Moi: Ok très bien! Et alors en France on recommande le dépistage systématique ?

M6: C'est-à-dire

Moi: Donc on interroge sur les violences conjugales même sans point appel lors d'une consultation fortuite.

M6: Ah oui ok. Je pense que c'est compliqué de le mettre en pratique. Sinon je pense que tu devrais mettre du dépistage systématique pour plein de trucs. Je pense qu'en tant que médecin généraliste on fait déjà de la prévention notamment la vaccination, prévention des facteurs cardio-vasculaires. Du coup oui ça devient de la médecine préventive. Et du coup faut avoir le temps! Et je me vois mal demander systématiquement quand une dame vient pour une angine de lui demander "comment ça se passe avec votre mari." Donc oui

si tu as eu des marqueurs avant ok. Mais le faire systématiquement...et encore moins en première consultation. En plus dans une consultation qui doit durer un quart d'heure et moins souvent c'est déjà une demi-heure souvent vu que je cause beaucoup. Maintenant voilà dans un monde idéalisé se serait bien et on en détecterait beaucoup plus mais malheureusement on vit pas dans un monde idéalisé. Ca me semble difficile à mettre en œuvre.

Moi: Oui je comprends! Et ici tu me parles de temps. C'est des consultations qui te prennent du temps ?

M6: Oui parce que

Moi: Et quel est ton ressenti face à ses consultations ?

M6: Ben ça dépend un peu. Parfois tu te dis que tu apportes quelque chose et donc tu es content. Les patientes se sentent déchargées. Mais aussi j'ai une jeune patiente avec qui j'ai passé une heure trente un vendredi soir. Son copain lui interdisait de sortir en jupe etc. Plutôt de la violence verbale. Je l'ai su par sa mère qui a demandé à ce que je la vois. Et elle avait l'air décidé à se sortir de là. Et ensuite la mère m'a dit qu'elle était retournée avec ! Du coup de nouveau sentiment d'impuissance...je sais pas ce que je peux faire de plus. Voilà pas le moment pour la patiente et si pas de crainte pour la vie de la patiente. Qui es-tu pour aller alerter la famille, la police,.. enfin voilà.

Moi: Oui je comprends c'est pas évident. Et tu as connaissance du cycle des violences conjugales ?

M6: Ah non je ne connais pas.

Moi: C'est les violences conjugales partagées en différentes phases. (phases de violences, justification du compagnon, phase lune de miel)

M6: Oui je pense que ça peut être utile! Pour expliquer les violences par exemple.

Moi: Tu as d'autres remarques concernant le sujet ?

M6: Ben écoute non. j'espère que ça te sera utile.(rires)

Moi: Oui oui merci pour ton temps ! (rires)

M6: De rien. Avec plaisir !

ENTRETIEN N°7 :

Moi: Que vous évoque les violences conjugales ?

M7: Problèmes de couple, divorce, actes violents au niveau du couple. Je connais personnellement un couple où la femme me dit "quand mon mari m'a bu il frappe". Elle me disait « ça sert à rien que je parte il va me retrouver ». Une sorte de fatalisme: " il va me retrouver et il fera peut-être pire que maintenant". Souvent ça concerne des gens plus ou moins soumis et qui n'ont jamais déposé plainte à la police. Enfin certains portent plainte ou déposent une main courante pour avoir au moins une preuve si jamais. Parfois c'est possible que ce soit des femmes qui exercent de la violence même si c'est plus rare. Souvent la violence va avec l'alcool. Il y a un contexte d'alcool. Les violences il y a la violence physique mais aussi psychologique. Des pervers narcissiques qui existent qui sont des gens qui essaient de.. Je connais une dame ici qui est avec un homme qui quand il buvait il était assez agressif. Il frappait ! Il avait l'alcool méchant. Et au bout de trois-quatre ans il a décidé de rompre. A chaque fois il lui téléphonait et elle courait comme un petit chien parce qu'elle se sentait seule. Je pense qu'il a manipulé.. Et en a claqué de doigts elle il allait. Ça a eu des répercussions sur toute la famille. Les enfants n'étant pas contents de son comportement quand ils ont appris. Et alors ici oui je qualifierais monsieur de pervers narcissique et qui je soigne aussi.

Moi: C'est compliqué pour vous de soigner également monsieur ?

M7: Non pas tellement parce que lui n'en parlait pas. Il se considérait comme normal. Et il ne consultait jamais à deux. Après la séparation je mettais une demi-heure après l'autre rendez-vous pour éviter qu'ils ne se croisent.

Moi: Ah oui une organisation au niveau des rendez-vous parce que vous soignez le couple.

M7: Oui voilà. Et aussi je pense qu'il y a de la violence chez des couples plus âgés et je pense que là c'est plus compliqué parce que c'est tabou. On ne brise pas le mariage en générale. C'est plus difficile pour faire avouer des violences.

Moi: Et pour vous quel est le rôle du médecin généraliste face aux victimes de violences conjugales ?

M7: Ben moi j'écoute. Je conseille un petit peu. J'avoue que c'était plus le rôle de mon épouse mais elle ne travaille plus. Elle était plus orientée sur le psychologique. Parce que c'est des consultations qui durent bien une heure. Moi j'entrouvre des portes mais je ne force pas les gens entre telle ou telle décision. J'ai une approche un peu plus en recul. Moi je n'ai pas une approche psychologique. J'écoute et je trouve que c'est déjà une bonne chose. Mais je ne dis pas maintenant divorcer !

Moi: Oui je comprends vous trouvez ça plus adéquat ?

M7: J'ai une consœur qui a eu une salle blague en prenant parti. Elle s'est rendue compte qu'elle s'était fait bernée par la soi-disant victime. Elle a eu des soucis par la suite donc je pense que c'est pour ça que je suis plus prudent (rires). Elle était surprise. Elle avait été manipulée. Elle avait été assez proactive en incitant au divorce et voilà.. elle a eu des problèmes avec le reste de la famille.

Moi: Et vous orienter vos patientes vers d'autres acteurs de soins ?

M7: Je donne des adresses de psychologues ou de psychiatres. euh voilà. Sinon en situation plus urgente vers des équipes mais c'est toujours le même bazar. Il faut des hospitalisations, l'assistante sociale. Parfois il faut une solution le jour même si pas dans l'heure. J'ai déjà eu de trucs avec la police mais j'étais assez peu content. En fait c'était une dame qui était Alzheimer et en fait la nuit.. elle était démente et elle frappait. Et son mari n'a jamais rien dit. Elle devenait vraiment enragée. Et un jour monsieur a dû rentrer à l'hôpital pour une angine de poitrine. Il a signé une décharge pour revenir près de madame et il est mort peu de temps après. Et donc la fille a dû aller s'occuper de sa maman. Et elle a été réveillée de la nuit et sa maman était avec un couteau au-dessus d'elle! J'ai appelé le Procureur du Roi et on m'a dit on en dérange pas un substitut du

Procureur du Roi de garde pendant son petit déjeuner...téléphoner moi à midi au palais !
(rires)

Moi: Ah oui si je comprends bien c'est une mauvaise expérience avec la justice ?

M7: Oui et ici c'était urgent

Moi: Ca une influence du coup sur votre pratique de faire appel à la justice ?

M7: Ben oui. J'étais pas content.

Moi: Et monsieur ne vous avez jamais parlé des crises de madame ?

M7: Si il m'en a parlé au moment de signé la décharge pour quitter l'hôpital mais auparavant il ne m'en avait jamais parlé. Il n'avait pas osé

Moi: Oui je comprends c'est pas toujours évident.

M7: Ben parfois on est surpris. C'est souvent selon les dires de la patiente. Parfois c'est évident dans le couple. On connaît le contexte mais parfois non. Et aussi parfois les enfants payent les pots cassés..

Moi: Les enfants comme victimes collatérales ?

M7: Oui et se retrouve au milieu du divorce. C'est rare que ça se passe bien dans ce contexte. Un qui veut divorcer et l'autre non.

Moi: Oui je vois. Tantôt vous me disiez que c'était souvent selon les dires de la patiente. Est-ce vous avez déjà suspecté un cas de violences conjugales en dehors du discours de la victime ?

M7: Euh oui oui

Moi: Et quels éléments vous avez fait suspecter de la violence ?

M7: Des coups, des coups . Le moral souvent...ils mettent ça sur le dos du travail et je ne sais quoi. Et puis on voit qu'il y a pas que le travail quand on creuse un peu..

Moi: Et pour aborder les violences quand vous la suspecter vous vous y prenez comment ?

M7: J'essaye de cerner le problème pour voir ce qu'il se passe exactement. Et je demande si il y a des violences à la maison, si il y a des coups, violence psychologique. Parfois certains ne disent rien ou parfois ils s'écroulent en pleurant.

Moi: Oui donc vous aborder directement le sujet.

M7: Non non ça vient au fil de la consultation et des questions.

Moi: Et vous donnez des informations/ messages sur les violences conjugales aux victimes ?

M7: Non pas spécialement. Je sais qu'il y a des sites, des numéros mais souvent j'envoie chez le psychologues. Et ce psychologue me recontacte ou parfois il m'envoie un mail avec un résumé de la consultation. Les psychiatres aussi. J'en connais un systématiquement il m'envoie un rapport et me dit ce qu'il estime nécessaire.

Moi: Ah oui donc vous travaillez en réseau avec des personnes de référence si je comprends bien

M7: Oui et ils ne sont pas direct donc ils sont comme moi. Ils ne vont pas dire il faut divorcer. Ils sont plus distants et laissent la personne choisir.

Moi: Ok d'accord. Et pensez-vous que la révélation des violences conjugales puissent avoir un impact sur la relation thérapeutique entre vous et la/ le patient ?

M7: Je pense surtout que ça peut influencer le conjoint; que ça peut le calmer un peu. Maintenant je ne vois pas forcément tous les conjoints de couple. Maintenant ça peut faire fuir le conjoint vers un autre médecin si ils sont au courant que l'on sait. Il se sentent peut être coupable ou veulent pas qu'on les juge. Et puis c'est difficile d'en parler avec le mari. C'est délicat...parfois ils viennent en parler eux même.

Moi: C'est-à-dire ?

M7: Ben il y a un conjoint alcoolique qui battait sa femme. Une fois je lui en ai parlé en consultation mais je savais de Madame qu'il savait que j'étais au courant!

Moi: Ca vous arrive souvent en pratique d'en parler avec le conjoint ?

M7: Oui si je sais qu'ils sont au courant par le biais de la patiente ou si m'en parle.

Moi: Ok donc une prise en charge de l'auteur quand c'est possible.

M7: Oui d'en parler avec lui et l'aider si soucis d'alcool par exemple.

Moi: C'est intéressant! Avez-vous des difficultés face à la détection ou la prise en charge ?

M7: Non c'est plus avec les enfants. On ne sait pas trop quoi faire avec eux. Ils sont pris la dedans. Et voilà avec les SAJ c'est pas toujours bien non plus. J'ai déjà eu des histoires et je trouve pas ça performant et c'est du chipotage. Et aussi ben pour les victimes je leur dis que si elle ne veulent pas porter plainte d'aller déposer une main courante comme ça on a une preuve. Maintenant des gens ne le font pas de peur que ça se sache du conjoint. Ou alors il prenait un certificat de coup et blessure. Moi j'ai une copie dans l'ordinateur comme ça j'ai une trace.

Moi: Vous rédigez un certificat, constats dans quelles circonstances ?

M7: Quand les gens me le demandent et que le but est de déposer plainte à la police. Voilà parfois je dis bon maintenant il faut que ça cesse mais bon il faut pas prendre la décision à leur place.

Moi: oui je comprends. Et vous organiser un suivi des patientes ?

M7: ben on en reparle quand elles reviennent. C'est pas forcément lors d'une consultation pour la violence. Ca peut être pour toute autre chose. En générale je fais des consultation d'une demi-heure donc il y a moyen d'en parler. Je sais que d'autres médecins c'est un quart d'heure et donc le je trouve ça juste mais voilà ici une demi-heure il y a moyen enfin en moyenne.

Moi: Oui ça vous prend du temps. Et avez-vous déjà entendu parler des recommandations ?

M7: Euh des recommandations ?

Moi: Oui comme celle de la ssmg

M7: Ah oui je sais qu'il a des trucs sur le site mais j'ai pas pris le temps d'aller consulter. J'ai pas regardé.

Moi: Oui je comprends on a pas toujours le temps. On nous suggéré de détecter sur bas de plainte comme anxiété, tentative de suicide, infection génito-urinaire à répétition, ou encore plaintes somatique , attitudes intrusives du partenaire, ou encore en période de grossesse. Vous en pensez quoi de détecter sur base de ses plaintes?

M7: Oui je pense que c'est bien d'avoir une liste comme ça pour s'aider à repérer. Maintenant en pratique il faut y penser. C'est pas évident de penser au violence conjugales et puis ça dépend de tout en chacun ce qu'ils vont dire. Certains vont dire oui d'autre vont nier les fait. D'autres vont dire c'est le travail, d'autres vont dire oui c'est mon conjoint ma conjointe qui est violent. Mais souvent ils sortent une excuse pour excuser la violence. Il a trop bu, il était fatigué.. oui je pense qu'elles se culpabilisent aussi et donc se font manipuler. Donc on peut détecter mais voilà ça n'empêche pas la patiente de retourner avec son partenaire etc.

Moi: Et vous vous sentez comment face au comportement de la patiente ?

M7: Ben je ne suis pas très content ! Voilà après il y a une telle manipulation, une dépendance. J'ai déjà eu une patiente qui a dû fermer son salon de coiffure parce que son mari était très jaloux et elle a fait. Il a fini en prison mais a été relâché par la suite et a tenter de la violer. Elle a commencé à prendre beaucoup de lysanxia par la suite et elle a dû avoir finalement un avis chez le psychiatre...

Moi: Oui c'est pas évident. Vous est-il déjà arrivé de craindre pour la vie de votre patiente ?

M7: (Silence)...Pas à ce point-là. Je ne pense pas. Peut-être au niveau psychologique. Peur que la patiente décompense et face une tentative de suicide mais peut-être pas...voilà un pervers narcissique ne va pas tuer la personne c'est des coups de façon chronique mais bon voilà c'est plutôt psychologiquement que la peut-être se porte le coup fatal elle-même. Qu'elle se suicide par désespoir de cause. Personnellement je n'ai jamais

eu ce genre de choses mais je sais que ça arrive. Mon épouse quand elle travaillait avait déjà eu des appels avec des menaces du mari qui allait tuer sa femme si le médecin ne venait pas tout de suite mais moi je n'ai jamais eu ça.

Moi: Ah oui tout de même.

M7: Et elle y allait mais moi je ne m'en mêlait pas. Mon épouse était plus dans le relationnel que moi. Passer des heures parfois deux heures en consultations voilà...(rires). C'est long vous imaginez bien. Non moi je ne fonctionne pas comme ça. C'est comme si les gens allaient chez le psychologues finalement. Et puis passer autant d'heures pour une consultation c'est quand même lourd.

Moi: Et que pensez-vous de mettre des flyers à disposition de la salle d'attente ?

M7: Ben ici avec le Covid-19 c'est pas possible. Avant il y en avait mais bon tout était mis dans des boîtes. C'était un peu empilé.

Moi: Et vous pensez que ça peut avoir une utilité ?

M7: Oui je crois que ça peut être utile pour les patients. Mais maintenant je crois que les patients peuvent vite trouver des références sur internet en tapant "violences conjugales" sur internet. Et peuvent trouver des aides aussi mais faut qu'ils fassent le premier pas aussi. C'est peut-être plus facile à faire avec le médecin qui peut orienter vers un psychologue, thérapeute mais je pense que des gens surtout les plus jeunes peuvent se renseigner par eux même.

Moi: Oui je vois en effet. Et vous me parliez tantôt du site de la ssmg, vous avez connaissance des aides à la consultations ? comme la grille de Campbell, cycle des violences,...

M7: Euh il y a tellement de grille que...(rires). Enfin voilà si soucis je peux une fois aller regarder. Maintenant je vais à des cours de recyclages...et oui il y a tellement de trucs à regarder des webinaires , maintenant ici des trucs sur le covid...

Moi: Oui ça fait beaucoup (rires)

M7: Oui pour moi ça fait beaucoup (rires).

Moi: Avez-vous des propositions de solutions pour améliorer la pratique ?

M7: Je pense aux outils de la ssmg en général c'est bien fait. Il y aussi des conférences utiles. Et moi sur mon programme j'ai accès à des livres médicaux et donc voilà de la littérature, des articles peuvent être intéressants.

Moi: Oui donc des outils, des aides à la consultation pour les médecins généralistes et plus d'informations le sujet si je comprends bien.

M7: Oui voilà

Moi: En France, le dépistage systématique est recommandé donc c'est à dire d'aborder les violences conjugales sans point d'appel ? Pensez-vous que cela puisse être une solution ?

M7: Non je ne pense pas. C'est un peu trop intrusif. Si problème psychologique ou quoi oui mais sinon.. voilà on va pas "frapper à la porte comme ça". Et puis certains vont dire la vérité mais bon certains maquillent la vérité..

Moi: Oui donc trop intrusif et ne va pas forcément inciter la patiente à se confier si je comprends

M7: Oui et ça peut mettre mal à l'aise le ou la patiente.

Moi: Oui je vous comprends. Avez-vous d'autres remarques sur le sujet ?

M7: Non c'est pas un sujet facile. C'est compliqué et on n'est souvent confronté à l'échec comme j'expliquais avant.

Moi: Oui je suis d'accord c'est pas évident.

M7: Moi je n'avais pas de TFE à rendre à mon époque. Bon courage.

Moi: Je vous remercie et merci pour votre temps

M7: De rien. J'espère que cela vous sera utile.

Moi: Oui merci!

Annexe 1

Guide d'entretien :

Profil du MG :

▪ genre : F / H ?	▪ Age ?	▪ Année(s) de pratique : ?
▪ Pratique : solo/association	▪ Milieu urbain/semi-rural/rural ?	Formation à la violence conjugale?

Questionnaire :

Pouvez-vous me dire que vous évoque les violences conjugales?

Thème	Question principale	Questions + ciblées (fermées)	Notes personnelles
Connaissance sur le sujet. -type de violence ? -fréquent ? -profil des victimes ?(sexe,grossesse,facteurs de risque,...) - conséquences de vc ? (santé, économique,...) -	Quelles sont vos connaissances en matière de violences conjugales ?	Quel sont les types de violences rencontrées selon vous ? Pensez-vous que les violences conjugales sont fréquentes ? Pensez-vous que des populations/profils soit plus à risque ? Selon vous, quelles pourraient être les conséquences de ces violences conjugales sur la santé des victimes ?	
Implication. Ecouter respect/non jugement, rôle ?	Selon vous quel est le rôle du médecin généraliste face à aux victimes de violences conjugales ?	Pensez-vous que cela soit du ressort des médecins généraliste ? En tant que médecin généraliste qu'est ce que vous pourriez apporter aux victimes ?	

		Pensez-vous que vous pourriez être limité dans votre implication par une raison ou l'autre ?	
La pratique de la détection des victimes de violences conjugales <i>-identifier les facteurs de risque</i>	Pouvez-vous me raconter un cas de détection de violences conjugales ? Donc sans que la victime ne vous révèle de manière explicite qu'elle subissait des violences.	Pouvez-vous me dire quels étaient les éléments qui vous avez fait suspecter un cas de violences conjugales ? Existe-t-il d'autres éléments qui vous permettent de suspecter un cas de violences conjugales ? Avez-vous vécu des situations où vous n'avez pas osé aborder le sujet ? Difficultés éventuelles à la détection ?	
Communication <i>-questions ouvertes ?</i> <i>-système entonnoir ?</i> <i>-infos sur les violences ?</i> <i>-types d'infos ?</i>	Une fois une situation de violences conjugales suspectée : comment faites-vous pour orienter la consultation sur le sujet des violences ?	Posez-vous des questions à la victime ? Si oui : types de questions ? Si non : que faites-vous ? Quel type d'information donnez-vous à la patiente ? Utilisez-vous des supports pour informer la patiente ? (Internet, outils, schéma...) Si oui : leur provenance ? Si non : ne vous semble pas nécessaire ? pourquoi ? Avez-vous des difficultés à communiquer avec la patiente ?	
relation thérapeutique avec le/la patient(e) <i>-Respect des souhaits et rythme de la patiente</i>	A votre avis quel impact pourrait avoir la détection ou la révélation des violences conjugales sur votre relation avec la victime ?	Pensez-vous que cela puisse détériorer la relation thérapeutique ? développer. Pensez-vous que cela puisse la renforcer ? développer.	

		Éprouvez-vous parfois des difficultés à respecter le discours du patient ?	
La pratique de la prise en charge des victimes de violences conjugales. <i>Orientation ?</i> <i>Mesure de protection ?</i> <i>Evaluation du risque ?</i>	Dans le cas que vous m'avez exposé précédemment : quel a été la prise en charge ?	Vers quels services orienter vous les victimes ? L'orientation des patients vous semble t-elle problématique ? Si oui : pour quelles raisons ? Si non : vous pensez que cela soit suffisant ? Re voyez-vous la patiente en consultation par la suite ? Si oui : rdv pris par le médecin ? Si non : vous préférez ne pas reprogrammer une consultation, pour quelles raisons ? Aborder vous le sujet lors d'une consultation fortuite ? Avez-vous déjà craint pour la vie de votre patiente ? pour quelles raisons ? Comment avez-vous procédé ? Comment procédez-vous à la rédaction d'un certificat ?	
Avis sur les recommandations et les outils.	Quel est votre avis sur les aides à la consultation ?	Avez-vous déjà entendu parler de recommandations ? Oui : utilisée ? lesquels ? si pas utilisée pour la raison ? -détecter sur base de plainte comme °Dépression,anxiété,TS °infection gynéto-urinaire à répétition °plaintes somatiques °grossesse °attitudes intrusives du partenaire :quel est votre avis ? difficulté ? plainte plus facile que d'autre ? -Votre avis de mettre à disposition des flyers dans la salle d'attente ?	

Annexe 2

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Pour participer à un entretien dans le cadre de la rédaction d'un TFE

Madame, Monsieur,

Assistante en dernière année de médecine générale, j'effectue un travail de fin d'étude s'intitulant « Que nous apprend l'expérience des médecins généralistes sur leur comportement face à la détection et la prise en charge de situations de violences conjugales ». La recherche est supervisée par le Docteur POULAIN Samuel, promoteur.

Je sollicite l'intervention de médecins généralistes de la région de Namur acceptant de parler de leur expérience face à la détection et la prise en charge de situations de violence conjugale.

La participation à cet entretien est volontaire. Les données recueillies lors de mes entretiens sont rendues anonymes.

Je soussignée Monsieur ou Madame ** participe, de manière libre et volontaire, à un entretien semi-directif dans le cadre de mon travail de fin d'étude. Monsieur ou Madame ** déclare avoir parfaitement été informé du contenu et des conditions de l'entretien.

Fait à **

Le **

Signature

6. Messages-clés

6.1 Détection : prérequis et démarche diagnostique

Prérequis

Créer un environnement favorable à la révélation des violences conjugales :

- disposer, dans les salles d'attente ou autres endroits appropriés, des affiches ou du matériel didactique informant sur les violences conjugales – **GRADE 1C**^{Texte}
- veiller à ce que ces supports soient disponibles dans différents formats et dans les langues couramment parlées – **GPP**
- prendre les mesures nécessaires afin que les personnes concernées puissent être reçues dans la confidentialité – **GPP**
- connaître les services, les protocoles et procédures en vigueur en matière de violences conjugales – **GPP**
- prévoir des modalités d'orientation vers les services ad hoc en vue d'assurer la continuité des soins – **GRADE 1B**
- être sensibilisé, voire formé à la problématique des violences conjugales et plus particulièrement à l'abord du sujet en consultation – **GRADE 1C**
- s'assurer des temps d'échanges entre professionnels et de supervision de cas – **GPP**

Démarche diagnostique

Interroger au départ de questions pertinentes favorisant la révélation de violences actuelles ou passées. Cette démarche de questionnement devrait se faire en privé, sans personne d'autre, dans un environnement sécurisant et d'une manière appropriée. Les personnes concernées entendent généralement positivement le questionnement sur le sujet – **GRADE 1C**

6.2 Détection : conditions cliniques liées aux violences conjugales

Associations de facteurs de risque – GRADE 1C

Etre attentif et prendre en compte, pendant les consultations même de tout venant, la présence et l'accumulation de facteurs de risque suivants :

- le genre féminin
- le jeune âge
- les maladies de longue durée ou les handicaps
- les problèmes de santé mentale
- le contexte de séparation
- la grossesse
- la consommation problématique d'alcool
- les antécédents de maltraitance ou d'exposition aux violences conjugales durant l'enfance

Tableaux cliniques chez l'adulte – GRADE 1C

Interroger au départ de questions pertinentes sur base des tableaux cliniques – symptômes courants ou Red flags – associés aux violences conjugales et qui peuvent se manifester sous des aspects très variés, entre autres :

- symptômes de dépression, anxiété, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), troubles du sommeil
- tentatives de suicide ou idées suicidaires ou automutilation
- addictions (alcool, substance psychotrope licite ou non)
- troubles gastro-intestinaux chroniques et inexpliqués
- troubles de la sphère gynécologique y compris les douleurs pelviennes et les dysfonctions sexuelles
- symptômes génito-urinaires inexpliqués, incluant les infections urinaires à répétition
- saignements gynécologiques ou infections sexuellement transmissibles
- problèmes de santé liés à la reproduction tels grossesses non désirées ou avortements multiples, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse, fausses couches, prématurité, petit poids à la naissance ou mort de l'enfant
- douleurs chroniques d'origine inexpliquée
- lésions traumatiques surtout si elles sont répétées avec explications vagues et incohérentes

- troubles du système nerveux central - céphalées, troubles cognitifs, perte d'audition
- grossesse
- consultations répétées avec un diagnostic peu défini
- attitude intrusive en consultation du/de la partenaire ou d'autres membres de la famille

Symptômes chez l'enfant et l'adolescent (0-19 ans) – GRADE 1C

Les symptômes associés à l'exposition de l'enfant/du jeune aux violences conjugales doivent également éveiller la vigilance :

- troubles du sommeil, anxiété, stress, dépression, PTSD
- problèmes de comportement (agressivité, violences verbales), problèmes scolaires
- problèmes psychosomatiques
- consommation de drogues
- idées suicidaires

6.3 Intervention immédiate

Lors de la révélation de violences, apporter un soutien de première ligne basé sur les principes de soins suivants :

- Ecouter avec respect l'histoire de la personne et être soutenant, dans le non jugement – **GPP**
- Reconnaître la révélation et valider l'expérience : la reconnaissance par le médecin peut être le point de départ d'un changement de la situation – **GPP**
- Informer de la chronicité des violences et de son impact sur la santé – **GPP**
- Apporter les soins et l'aide en réponse aux besoins identifiés en respectant les souhaits de la personne et lui permettre d'évoluer à son rythme sans exercer de pression – **GPP**
- Prévoir des mesures de protection : la sécurité doit être une préoccupation continue au vu du déficit familial à ce niveau – **GPP**
- Informer à propos des services adaptés à sa situation et orienter (Voir question 4) – **GRADE 1B**
- Assurer la confidentialité pour autant que cela n'entraîne pas d'effets négatifs pour la personne ou ses proches – **GPP**
- Documenter la situation – **GPP**
- Envisager, voire organiser des rendez-vous de suivi – **GPP**

6.4 Référence

- Evaluer régulièrement le type de services référents en fonction des besoins identifiés au sein du système familial - dans l'immédiat, à moyen ou long terme – **GPP**
- Orienter vers l'Aide Sociale aux Justiciables (ASJ), les Services de Santé Mentale (SSM), les Centres de Planning Familial (CPF), les services ambulatoires des maisons d'accueil spécialisées en violences conjugales en réponse à une demande de soutien complémentaire – **GRADE 1B**
- Pour les personnes à haut risque, penser aux maisons d'accueil spécialisées en violences conjugales et aux Services d'Assistance Policière aux Victimes (SAPV) – **GRADE 1B**
- Proposer de préférence sur le long terme une guidance psychosociale centrée sur l'autonomisation de la personne (empowerment) tout particulièrement chez la femme enceinte et assurer un soutien dans l'optique de soins intégrés – **GRADE 1C**
- Penser à un suivi thérapeutique spécifique en cas de problèmes de santé mentale, d'addiction ou de Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) observé chez une personne avec un vécu de violences passées – **GRADE 1B**
- Proposer une aide spécialisée aux enfants et aux jeunes concernés comme, par exemple, les interventions multimodales (guidance sociale, différents types de soutien thérapeutique) – **GRADE 1B**, les interventions psychothérapeutiques centrée sur la dyade enfant-parent avec un vécu de violences conjugales, les visites à domicile – **GRADE 1C**
- Soutenir les personnes ayant des difficultés à accéder aux services existants – **GPP**
- Adopter des procédures basées sur le secret partagé – **GRADE 1B**

Les thérapies de couple n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans le cadre des violences conjugales.

Le travail en réseau : les ressources

TYPE D'AIDE	SERVICES	DEFINITION ET COORDONNEES
Auteurs de violence	Praxis	- Propose un accompagnement individuel ou en groupe aux auteurs de violences conjugales et intra- familiales sous contrainte judiciaire ou sur base volontaire - Voir répertoires ci-dessous
Dépôt de plainte	Zone de police - Assistance policière aux victimes	Par zone de police, un(e) policier(ère) en matière de violences conjugales et par commissariat, un bureau d'assistance policière aux victimes
Ecoute	ECOUTE Violence conjugale SOSViol	0800 30 030 - numéro d'appel gratuit, accessible 24 heures sur 24, 7 jours / 7 0800 98 100 - numéro d'appel gratuit, accessible du lundi au vendredi entre 8h/9h (le lundi) et 18h/17h (le lundi)
Hébergement	Maison d'accueil et d'hébergement	- Accueil téléphonique, consultations ponctuelles ou de suivi, hébergement en situation de crise avec adresse confidentielle, accompagnement spécifique des enfants - Voir répertoires ci-dessous
Juridique	Aide Sociale aux Justiciables	- Fournit des informations pratiques sur les aides existantes et les démarches à effectuer. Assure une aide psychologique et sociale aux auteurs, victimes et à leurs proches www.maisonsdejustice.be
	Service d'accueil des Victimes auprès du Parquet	- Propose une information sur l'évolution du dossier ainsi qu'une assistance aux différents stades de la procédure judiciaire www.maisonsdejustice.be
LGBT	Associations spécialisées	http://pro.guidesocial.be/associations/homosexualite-lgbt-1623.html
Migrants	CIRE	- Aide socio-juridique aux personnes migrantes victimes de violences conjugales mail.cire@cire.be
Mineurs	Service SOS-enfants de l'ONE	- Accompagnement de l'enfant dans et en relation avec son milieu familial et son environnement social – organisation de consultations pré/postnatales, visites à domicile www.one.be
	Service de l'Aide à la Jeunesse	- Offre une aide aux jeunes en difficulté ou en danger ainsi qu'à leurs familles et leurs proches www.aidealajeunesse.cfwb.be
	Coordination Réseau santé mentale	- Accompagnement des enfants présentant des vulnérabilités psychologiques, et de leur entourage (équipe mobile, réseau et liaisons intersectorielles) www.psy0-18.be
	Centre Psycho-Médico-Social	- Lieu d'accueil, d'écoute et de dialogue où le jeune et/ou sa famille peuvent aborder les questions qui les préoccupent en matière de vie familiale et sociale, de santé www.enseignement.be
Prévention	GARANCE	- Propose des formations participatives sur le thème des violences liées au genre www.garance.be
Psychologique	Service de Santé Mentale	- Lieu d'accueil où des professionnels, au sein d'une équipe pluridisciplinaire aident à la réflexion en vue de solutions adaptées www.lbfsm.be (Ligue bruxelloise) www.cresam.be (Centre de référence en santé mentale)
	Centre de Planning Familial	- Offre un accueil, une écoute, une aide dans tous les domaines de la vie relationnelle, affective et sexuelle www.loveattitude.be
	Coordination Réseau santé mentale	- Accompagnement des adultes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques (équipe mobile, prise en charge intégrée en réseau et partenaires intersectoriels) www.psy107.be

- Des répertoires reprenant les différents services d'aide sont téléchargeables pour :

- la Région Wallonne : www.ecouteviolencesconjugales.be
- la Région de Bruxelles-Capitale : www.equal.brussels

GRILLE DE CAMPBELL

Évaluer la situation violente

1. SÉCURITÉ IMMÉDIATE

- ☐ Le/la patiente déclare avoir peur pour sa vie

2. ESCALADE DES VIOLENCES

- ☐ Un contrôle est exercé par le/la partenaire sur partie ou toutes les activités quotidiennes
- ☐ La fréquence et la gravité des violences physiques s'intensifient au fil du temps
- ☐ Le/la patient(e) déclare subir des violences sexuelles de la part de son/sa partenaire
- ☐ Les épisodes de violence se produisent également en dehors du domicile
- ☐ Le/la partenaire a également des comportements violents à l'égard des autres, notamment des enfants

3. ANTÉCÉDENTS

- ☐ Le/la patient(e) a déjà signalé des lésions graves et/ou très graves
- ☐ Des actes de violence se sont produits pendant la grossesse
- ☐ Le/la patient(e) a déjà tenté de se suicider ou a souffert de dépression

4. PROJET OU CONTEXTE DE SÉPARATION

- ☐ Le/la patient(e) projette de quitter son/sa partenaire ou de divorcer dans un avenir proche
- ☐ Le/la partenaire dit qu'il/elle ne peut pas vivre sans lui/elle et affirme qu'il/elle le suivra et le harcèlera même après la séparation

5. MENACES DE LA PART DE L'AUTEUR DE VIOLENCES

- ☐ Le/la partenaire l'a menacé(e) avec une arme ou un objet dangereux ou a tenté de l'étrangler
- ☐ Le/la partenaire menace de le/la tuer et/ou de tuer les enfants et/ou de se suicider
- ☐ Le/la partenaire a menacé les ami(e)s et parent(e)s de la/du patient(e)

6. AUTRES

- ☐ Le/la partenaire abuse d'alcool ou de drogues, notamment de celles qui aiguissent la violence et l'agressivité (cocaïne, amphétamines)
- ☐ Le/la partenaire sait que le/la patient(e) a cherché ou demandé une aide extérieure

PLUS IL Y A D'INDICATEURS COCHÉS, PLUS LE RISQUE LÉTAL EST ÉLEVÉ