

Année 2024/2025

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Alice DE SOUSA VERGNES

Née le 10/07/1994 à Nantes (44)

**Médecins généralistes face aux enfants exposés aux violences conjugales :
une étude qualitative dans le département du Cher**

Présentée et soutenue publiquement le 19 juin 2025 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie Addictologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Thomas GARGOT, Pédiopsychiatrie, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Romain ROBERT, Médecine Générale – Grenoble (38)

Docteur Isabelle GALMICHE, Médecine Générale – Bourges (18)

Résumé :

Médecins généralistes face aux enfants exposés aux violences conjugales : une étude qualitative dans le département du Cher

Introduction : Depuis le décret de 2021, les enfants sont reconnus comme des victimes à part entière des violences conjugales, en raison des répercussions délétères sur leur développement global. Les médecins généralistes sont des interlocuteurs privilégiés et ont pour mission de détecter et de signaler ces violences. Cependant, ils sont peu interrogatifs et recourent insuffisamment aux outils de signalement à leur disposition.

Objectif : Évaluer de manière qualitative comment les médecins généralistes dans le département du Cher réagissent aux répercussions des violences conjugales sur les enfants présents au sein du domicile.

Matériels et méthodes : Des verbatims ont été recueillis lors d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes. Les entrevues ont été menées jusqu'à saturation des données et analysées avec une méthode inspirée de la théorisation ancrée, associée à un double codage indépendant.

Résultats : Sur la fin d'année 2024, douze entretiens ont été réalisés. Ils révèlent que la place de l'enfant est peu prise en compte dans l'évaluation des violences conjugales. Les médecins généralistes rencontrent des difficultés à identifier les formes de violences par leur diversité, leur temporalité, à contextualiser les signes et sont influencés par leurs représentations et expériences. Les professionnels se donnent comme mission de détecter, de signaler, de rédiger des certificats, d'accompagner et d'orienter les victimes. Pour gérer ces situations, ces derniers naviguent entre des dilemmes moraux, éthiques et légaux. Les praticiens rencontrent des freins liés au manque et à l'insuffisance de structures ainsi qu'à l'absence du retour de leurs actions. Ils craignent de subir des représailles, de faire des erreurs pouvant entraîner des conséquences négatives pour les familles et d'impacter la relation de confiance.

Conclusion : Les enfants co-victimes de violences conjugales demeurent insuffisamment pris en compte. Pour que les médecins généralistes, en première ligne, dépistent et interviennent de façon adaptée et individualisée, il est nécessaire de valoriser leurs missions, renforcer leur formation continue, faciliter l'accès aux ressources spécialisées et s'engager dans une meilleure collaboration entre les différents acteurs agissant dans la protection des enfants et des familles.

Discipline : Médecine générale.

Mots clés : Enfants exposés aux violences ; violences conjugales ; médecine générale ; information préoccupante ; violences intrafamiliales ; protection de l'enfance.

Abstract :

General practitioners dealing with children exposed to domestic violence : a qualitative study in the Cher department

Introduction : Since the 2021 decree, children have been recognized as victims of domestic violence in their own right, due to the harmful impact it has on their overall development. General practitioners are key contacts and are responsible for detecting and reporting such violence. However, they rarely question children and make insufficient use of the reporting tools at their disposal.

Objective : Qualitatively study how general practitioners in the Cher department react to the impact of domestic violence on children present at home.

Materials and methods : Verbatim records were collected during semi-structured individual interviews with general practitioners. Interviews were conducted until data saturation was reached and analyzed using a method inspired by grounded theory, combined with independent double coding.

Results : Twelve interviews were conducted at the end of 2024. They reveal that the child is rarely taken into account in the assessment of domestic violence. General practitioners encounter difficulties in identifying forms of violence due to their diversity and temporality, in contextualizing the signs and are influenced by their own perceptions and experiences. Professionals are tasked with detecting, reporting, writing certificates, supporting and guiding victims. To manage these situations, they balance between moral, ethical and legal dilemmas. Practitioners face obstacles related to the lack and inadequacy of organisation, as well as the absence of feedback of their actions. They fear retaliation, making mistakes that lead to negative consequences for families and impact the relationship of trust.

Conclusion : Children who are co-victims of domestic violence remain insufficiently taken into account. To ensure that general practitioners, on the front lines, identify and provide appropriate and individualized care, it is necessary to promote their missions, strengthen their continuing education, facilitate access to specialized resources, and engage in better collaboration between the various stakeholders involved in the protection of children and families.

Discipline : General medicine.

Keywords : Children exposed to violence ; domestic violence ; general medicine ; concerning information ; child protection ; intimate partner violence.

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOUVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAÏSSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophthalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie.....	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald.....	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
 CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste || CORBINEAU Mathilde | Orthophoniste |
HARIVEL OUALLI Ingrid	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

Serment d'Hippocrate

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciements

Madame et Messieurs les membres du jury :

A Monsieur le Professeur Nicolas BALLON,

Recevez mes remerciements les plus sincères de m'avoir accordé l'honneur de présider ce jury.

A Monsieur le Docteur Thomas GARGOT,

Recevez ma sincère reconnaissance de vous compter parmi les membres de mon jury de thèse et pour votre disponibilité.

A Monsieur le Docteur Romain ROBERT,

Je te remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury, de m'avoir guidée tout au long de mes études et de mon travail de thèse.

A Madame le Docteur Isabelle GALMICHE,

Je vous remercie d'avoir dirigé ce travail par votre accompagnement, votre patience et votre bienveillance et ce depuis mon dernier semestre d'internat jusqu'à aujourd'hui.

A mes collègues, aux professionnels :

A tous les médecins ayant accepté de participer à mon étude, ce travail n'aurait pas été possible sans vous. Un grand merci pour votre collaboration et à la gentillesse de vos **secrétaires**. A la **CRIP du Cher** pour toutes les données et vos renseignements.

A tous les professionnels de santé que j'ai croisés durant mon cursus. Vous avez contribué à ma formation et au médecin que je suis aujourd'hui.

A l'équipe des urgences de Chartres, avec qui nous avons traversé la période covid grâce à nos nombreux repas partagés, le point de vue sur Chartres, les sorties SMUR...

A Virginie, Pedro, Filipe, Anne-Marie, Xavier, Lysiane de m'avoir permis de mieux connaître le métier de médecin généraliste et d'avoir continué à me le faire aimer.

A mes co-internes des urgences générales de Chartres (**CH, Anaïs, Alice, FX**), à **mes co-internes des urgences gynécologiques** (**CH, Thomas, Philippe, Wiame, Marine...**) d'Orléans, à **Mélanie, Adrien et Alexis** de la médecine polyvalente de Chinon.

A toute l'équipe de la **PMI du Cher**, merci pour vos apprentissages et de m'avoir permis de trouver ce sujet de thèse.

A tous les professionnels de la **Maison de Santé de Boufféré**, pour votre accueil, le chocolat et les moments conviviaux le midi. Plus particulièrement, merci à toi **Séverine**, tu m'as fait confiance depuis le début, c'est un vrai plaisir de te remplacer et de travailler avec toi.

A mes **collègues de la petite enfance de Nantes**. Particulièrement à toi **Agathe** pour avoir relu mon travail.

A mes amis :

A **mes copains des cours de cuisine**, quel régal le jeudi et merci de me permettre de réviser mes cours de premiers gestes d'urgence sur les saignements, les malaises et les brûlures. A très vite pour des découvertes culinaires.

A **Bertille**, qui fut ma dernière correctrice et avec qui commence une belle amitié.

A **Dimitri**, merci d'être présent depuis la maternelle et de m'avoir fait rencontrer **Lucile**. J'adore nos moments tous ensemble, j'ai hâte des prochains à 5 (Maurice <3). Je tiens à vous.

A **Nolwenn et Clément**, merci pour votre amitié et de m'avoir choisie en tant qu'officiante de votre cérémonie de mariage, cela m'a permis de stresser pour un autre événement que ma thèse et j'ai adoré le faire pour votre belle famille.

A **Ségolène**, mon amie chère à mon cœur.

A **Mélanie, Létitia et Marie**, merci pour nos années collège et celles d'après. Vive le basket, l'art, les glaces, les restaurants, la couture et tout le reste.

A **Fabien**, pour être mon Flaminou depuis le lycée.

A mon groupe des **marcassins**, merci d'avoir cru en moi depuis toujours et de m'accepter comme je suis. A nos voyages, week-ends, sorties, soirées VV, aux bébés marcassins... Hâte de nos prochains moments ensemble et de découvrir l'épée du roi.

A **Marion L** et Artémis d'être présents et pour l'aide dans la lutte de nos bambous.

A **Moquette** de m'avoir soutenue dans les derniers instants d'écriture en attendant d'accueillir Arthur.

A **Marion E**, pour ton regard de médecin sur mon sujet.

A **Benjamin, Léa et Anaé** pour notre amitié, qui ne cesse d'être plus forte. Je tiens à vous.

A **Louise et Thibault**, d'être toujours présents dans les bons et mauvais moments, de m'avoir fait devenir marraine de mon **Malo** (<3) et d'avoir corrigé mes fautes. Votre amitié est précieuse.

A mon groupe **SSD**, merci pour toutes ces années de rigolade, de voyages, de découvertes, de sorties. J'ai adoré être avec vous pendant mes études.

A **Constance**, ma copine de voyage, du vignoble nantais.

A **Juliette**, pour nos moments privilégiés, notre incroyable voyage en Guyane et au Brésil.

A **Nicolas, Lucile et Noé**, mes amis angevins merci pour votre bienveillance et votre gentillesse.

A **Tom**, pour tes enlises qui durent depuis plus de 10 ans. A **Cannelle** pour ta motivation. Hâte de découvrir Annecy avec vous.

A **Côme**, mon confident depuis le début et malgré la distance merci pour ta présence et ton amitié.

A **Pauline**, mon amie au grand cœur.

A **Thibault (Thibb)**, pour ton soutien sans faille, pour me faire rire, pour ta simplicité, mon meilleur commentateur de sport.

A **Florine**, ma coloc adorée, ma co-voyageuse, ma licornette. Merci d'être là mon amie.

A **Romain**, pour être un incroyable ami qui est toujours présent et qui est prêt à tout vivre ensemble. Je tiens très fort à toi.

A mes **Chartrains-Tourangeaux (Nicodème, Estelle, Elise, Pauline et tout le reste de l'équipe)** pour avoir fait du confinement des moments agréables et de partager encore des instants ensemble.

A **Anaïs et Lucas** merci pour nos moments ensemble. Hâte d'être à votre mariage.

A **Malek**, tu étais mon chef, maintenant un ami (tu vois ce n'était pas contre toi le pot de fin de stage le jour de ta garde) et ta précieuse famille, **Marion**, mon amie et vos adorables enfants Léo, Ambre, Emma.

A **CH**, ma co-interne, mon amie, ma pote de galère, de m'avoir suivie à Orléans avec Doli et pour tout le reste.

A mes **verdip (Riri, Cécé, Campay, Mulan)**, merci de m'avoir accueillie avec mes poufs, mes casseroles pour mon premier semestre, de m'avoir accompagnée sur le chemin de l'internat et de m'avoir permis de vivre avec 4 filles un peu folles, ce qui restera un de mes meilleurs souvenirs de l'internat. Hâte de nos prochains week-ends entre filles, avec les mecs et les enfants. Ma Clairou, merci de m'accueillir quand je reviens sur Tours, d'être une super amie et d'avoir testé mon guide d'entretien.

Aux amis de la famille et à ma famille :

A ma polo, merci de m'avoir transportée partout en France en sécurité et d'avoir fait de moi une pilote.

À **Grenadine, Calinou, Gaspart et Filippine**, mes compagnons fidèles qui m'ont tant appris et tant offert.

A **Katy**, que je sois toujours ta chouchoute depuis tant d'années.

A **Loïc et Catherine**, pour votre présence et votre aide dès que j'en ai besoin.

À la famille **Karki**, pour tous les moments et les valeurs que nous continuons à partager.

Aux parents **Souchu**, de m'avoir fait grandir et de partager encore des instants ensemble.

A toi **mamie**, tu me manques à chaque instant, merci pour tout ce que tu m'apportes encore aujourd'hui.

A **papi**, merci d'être une étoile qui veille sur moi.

A ma **famille DE SOUSA COELHO**, merci pour mes origines portugaises, de faire vivre **pépé** à travers vos souvenirs et de m'avoir permis d'avoir le papa que j'ai. **Mémé** de m'avoir accueillie avec plaisir pendant mes études et à tous les schokobons que tu m'as offert.

Aux **LE LAYEC** merci d'être présents et d'être ma famille.

A ma **belle-famille, Damien, Chrystel, Marine**, de m'avoir accueillie dans votre famille et de partager l'appétence gustative des religieuses.

A **Fiona et Gabin**, d'être arrivés dans notre famille plus tard pour en créer une avec mon frère. De me permettre d'être une belle-sœur et une tante depuis plusieurs années.

A **Lou**, ma nièce et filleule, je suis tellement heureuse de passer du temps avec toi et de te voir grandir. J'espère continuer de vivre tous ces moments de vie ensemble.

A mon frère **Stéven**, d'avoir été présent comme tu pouvais l'être et de m'avoir donné un exemple de force à suivre pour vivre et devenir médecin.

A **mes parents**, comment vous dire merci pour tout l'amour, la force, le soutien que vous m'apportez depuis toujours. Maman merci pour ta vision de ton métier de psy. Merci pour votre incroyable courage, votre aide, vos attentions. Vous avez fait en sorte que je gravisse chaque montagne de la vie, que je m'épanouisse. Vous êtes des personnes extraordinaires et je suis très fière d'être votre fille. Je vous aime.

A mon amour **Arnaud**, de m'avoir aidée avec tes talents en anglais, d'être présent dans ma vie en me rendant tellement heureuse, de me suivre dans toutes mes idées, d'avoir de magnifiques projets ensemble, d'être un homme courageux, attentionné, aimant. Je t'aime pour la vie et même au Pico Ruivo. Je te vois <3

« *Un mot, un regard, une écoute peuvent changer une vie.* » Jacques Salomé

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAMPS : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDED : Cellule Départementale de l'Enfance en Danger

CIIVISE : Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles Faites aux Enfants

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPEA : Centre Médico-Psychologique pour Enfant et Adolescent

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

DU : Diplôme Universitaire

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

FMC : Formation Médicale Continue

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

IE : Information Entrante

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IP : Information Préoccupante

ITT : Incapacité Totale de Travail

JAF : Juge aux Affaires Familiales

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

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONPE : Observatoire National de Protection de l'Enfance

ONU : Organisation des Nations Unies

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UAPED : Unités d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger

UCLA : Unité de Consultation et de Liaison en Addictologie

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

Table des matières

Introduction	19
Matériel et méthode.....	21
I- Matériel	21
A- Type d'étude	21
B- Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)..	21
C- Recrutement et population d'étude.....	21
D- Recueil et analyse des données	22
II- Méthode d'analyse des données	22
Résultats	23
I- Population et entretiens	23
A- Les entretiens	23
B- Caractéristiques des médecins de l'échantillon ayant participé aux entretiens.....	24
II- Description des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés.....	28
A- Perceptions et analyses des violences par les participants	28
1. Identifier les différentes formes de violence.....	28
2. Prise en compte des enfants dans les situations de violences conjugales	29
3. Facteurs de vulnérabilité sociale et familiale	30
4. Représentations personnelles et biais des médecins	31
B- Réactions et attitudes des médecins	32
1. Attitude professionnelle	32
2. Réactions et engagement	33
3. Barrières à l'abord des violences en consultation.....	34
4. Évaluation du moment propice pour aborder les violences.....	35
5. Stratégies d'adaptation et d'autoprotection des médecins	36
C- Pratiques de prise en charge.....	37
1. Place du médecin	37
2. La mission d'orientation des médecins généralistes	38
3. Collaboration et réseau de soins.....	38
4. Suivi et accompagnement.....	39
5. Certificats médicaux et signalements : enjeux médico-légaux et judiciaires	40
D- Obstacles et besoins rencontrés par les médecins généralistes	41
1. Contraintes organisationnelles, institutionnelles et réglementaires.....	41
2. Obstacles personnels, relationnels et besoins	43
3. Freins liés aux patients.....	46
4. Tensions et divergences entre acteurs.....	47
Discussion.....	49
I- Réponse à la question de recherche et comparaison à la littérature.....	49

A-	Reconnaissance des violences	49
B-	Posture professionnelle et réactions émotionnelles.....	50
C-	Approches et pratiques des médecins	50
D-	Prise en charge des enfants et situations complexes	51
E-	Obstacles rencontrés par les médecins à la gestion des situations de violence.....	52
F-	Besoin de soutien et de collaboration entre professionnels.....	53
II-	Forces et limites de l'étude.....	54
III-	Hypothèses et perspectives.....	54
	Conclusion.....	56
	Références Bibliographiques	57
	Annexes	61
	Annexe 1 : Tableau de recueil des informations entrantes et des informations préoccupantes de la CRIP du département du Cher (18) pour les années 2023 et 2024.	61
	Annexe 2 : Courrier d'information destiné aux médecins participants et envoyé avant l'entretien	62
	Annexe 3 : Notice d'information et de non opposition à votre participation à l'étude	63
	Annexe 4 : Version finale du guide d'entretien	65
	Annexe 5 : Livre de codage axial.....	66
	Annexe 6 : Grille COREQ	69
	Annexe 7 : Fiche de recueil des caractéristiques des participants	72

Table des figures et des tableaux

Figures :

Figure 1 : Graphique de répartition des genres des médecins interrogés

Figure 2 : Graphique de répartition des âges des médecins interrogés

Figure 3 : Graphique de répartition des types d'exercice des médecins interrogés

Figure 4 : Graphique de répartition des lieux d'exercice des médecins interrogés

Figure 5 : Graphique de répartition de la patientèle pédiatrique des médecins interrogés

Figure 6 : Graphique de répartition d'une formation détenue par les médecins interrogés

Tableaux :

Tableau 1 : Tableau des conséquences et des symptômes possibles lors de l'exposition des enfants à la violence conjugale, en fonction de leur âge

Tableau 2 : Tableau des caractéristiques des médecins généralistes volontaires à l'étude qualitative

Introduction

Les violences conjugales impactent à la fois les partenaires ainsi que les enfants vivant dans le même foyer. Les actes de violence relèvent d'un abus de pouvoir pouvant être exercé dans le cadre d'une relation intime afin de dominer, contrôler et soumettre l'autre (1). Les violences sont multiples et peuvent coexister. Elles peuvent être physiques, psychologiques, sexuelles, économiques, verbales, matérielles, etc (2).

En France, en 2022, près de 143 000 enfants vivent dans un foyer où des violences conjugales ont été signalées (3). Il y a eu 12 enfants qui ont été tués par l'un des parents dans un contexte de violences au sein du couple, 129 sont devenus orphelins d'un ou des deux parents, 50 enfants étaient présents sur la scène de l'homicide ou dans le domicile au moment des faits (4, p 26). Les violences conjugales ont entraîné le décès de 118 femmes et de 27 hommes (4, p 6).

Il existe une recrudescence des violences autour de la période de séparation des figures parentales (5). A mentionner, qu'en 2021, il y a eu 4,9 divorces pour 1 000 mariages (6), 15,2% des enfants mineurs étaient en garde alternée, parmi les 86% restants, ils résidaient chez leur mère (7).

Depuis la publication du décret du 23 novembre 2021, les enfants exposés aux violences conjugales ne sont plus considérés comme des témoins mais des victimes à part entière (8).

Les conflits au sein du foyer provoquent des violences psychologiques sur les enfants. Soit lorsqu'ils assistent directement aux scènes violentes, soit indirectement en vivant les conséquences, notamment en constatant les dégâts et la détresse de leur entourage (9, p. 15-19).

Ce climat constant de peur, d'anxiété et d'insécurité peut perturber le développement physique, psycho-affectif et comportemental de l'enfant. Cela peut également avoir un impact sur ses apprentissages, modifier sa perception des rapports de genre et des relations (10).

Il convient de noter qu'en 2022, 9,87 milliards d'euros de budget étaient attribués à la protection de l'enfance (11).

C'est pourquoi la lutte contre les violences faites aux enfants est une priorité au niveau national et un plan 2023-2027 a été établi. Il est composé de 22 actions qui permettent de "protéger les enfants, prévenir le passage à l'acte et la récidive, améliorer la prise en charge des victimes, soutenir les parents et mobiliser la société civile, outiller les professionnels et développer les connaissances pour améliorer la prévention des violences et la protection des enfants" (12).

Légalement, le médecin est délié du secret professionnel par l'article 226-14 du code pénal qui lui impose de signaler les cas de violences sur les mineurs (13). Si les situations lui paraissent graves ou imminentes, le professionnel doit s'adresser directement au procureur de la République. En cas de doute ou de préoccupations, le praticien rédige une information préoccupante (IP) qui sera transmise à un service départemental, la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), (14), (15, p. 49-55).

En 2024, dans le département du Cher, la CRIP a enregistré 2622 informations entrantes (IE), 1259 ont été qualifiées en IP dont 1007 ont donné lieu à une évaluation et 268 transmises au parquet. A signaler que 352 IP incluaient des faits de violences conjugales (Annexe 1).

Toutefois, nous constatons que les professionnels de santé sont rarement à l'origine d'une IP ou d'un signalement (16). Dans le Cher, en 2024, les médecins libéraux ont réalisé 30 IE sur

2622 (Annexe 1). Cela soulève des interrogations sur les freins que les praticiens peuvent rencontrer.

Le médecin généraliste occupe une place privilégiée dans la détection et la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales. Le praticien est en mesure d'identifier des signes évocateurs de souffrance, pouvant être masqués, par exemple derrière des plaintes somatiques, des troubles du comportement. Les enfants victimes peuvent présenter une grande diversité de symptômes. L'intensité, la fréquence de ces signaux ainsi que tout changement brutal de comportement sont des alertes pour les professionnels (9, p. 17-31), (Tableau 1).

Tableau 1 : Tableau des conséquences et des symptômes possibles lors de l'exposition des enfants à la violence conjugale, en fonction de leur âge (9, p 17). ESPT* : état de stress post-traumatique.

BEBES	ENFANTS D'ÂGE PRESCOLAIRE	CLASSES PRIMAIRES 5-12 ANS	DEBUT DE L'ADOLESCENCE 12-14 ANS	FIN DE L'ADOLESCENCE 15-18 ANS
Retard staturo-pondéral	Actes d'agression	Brutalité à l'égard des autres	Violence y compris à l'égard des personnes fréquentées	Violence y compris à l'égard des personnes fréquentées
Inattention	Dépendance	Agressivité générale		Abus d'alcool
Perturbation des habitudes d'alimentation et de sommeil	Anxiété	Dépression	Brutalité	Abus drogues
Retards du développement	Cruauté envers les animaux	Anxiété	Manque d'estime de soi	Désertion du foyer
Symptômes du ESPT*	Actes de destruction de biens	Repli	Suicide	Fugue
	Symptômes du ESPT*	Comportement oppositionnel	Absentéisme scolaire	Baisse soudaine des résultats
		Destruction de biens	Problèmes somatiques	Baisse de la fréquentation scolaire
		Mauvais résultats scolaires	Manque de respect à l'égard des femmes ; convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes	Suicide
		Manque de respect à l'égard des femmes ; convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes	Symptômes du ESPT*	Manque de respect à l'égard des femmes ; convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes
		Symptômes du ESPT*		Symptômes du ESPT*

Enfin, la place des soignants face aux impacts des violences conjugales sur les enfants reste peu étudiée. Ainsi, l'objectif de l'étude était d'explorer comment les médecins généralistes du département du Cher réagissent aux répercussions des violences conjugales sur les enfants présents au domicile familial.

Matériel et méthode

I- Matériel

A- Type d'étude

Une **étude qualitative** avec des **entretiens individuels semi-directifs** auprès de médecins généralistes exerçant dans le département du Cher a été menée. L'analyse a été inspirée de la **théorisation ancrée** (17).

Cette méthode nous a paru être la plus appropriée pour recueillir le ressenti et le vécu des praticiens face aux situations de violences conjugales et leurs répercussions sur les enfants du foyer.

B- Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

L'étude était considérée comme une recherche hors loi Jardé, n'impliquant pas directement la personne humaine.

Un courrier d'information a été envoyé avant le rendez-vous. (Annexe 2)

En début d'entretien, les participants ont signé un **formulaire d'information et de consentement** (Annexe 3), suite aux explications orales et écrites sur l'objectif de l'étude, le déroulé, l'enregistrement vocal, la confidentialité (aucune mention de leur identité) et l'assurance de la destruction des enregistrements à la fin du travail.

L'autorisation d'effectuer des entretiens en visioconférence a été obtenue, afin de s'adapter aux moyens technologiques actuels mais sous réserve de l'accord des participants.

C- Recrutement et population d'étude

Les coordonnées des praticiens ont été trouvées par l'intermédiaire du site internet du Conseil national de l'Ordre des médecins. Ils ont été contactés par téléphone ou par email suite à un échange préalable avec le secrétariat. Un seul professionnel était joignable directement sur son téléphone. Ainsi, les rendez-vous ont été posés avec chacun des médecins.

Le recrutement a été réalisé par **échantillonnage théorique**. Les premiers médecins généralistes ont été choisis aléatoirement dans la zone géographique du nord et de l'est du département. Puis les praticiens ont été recrutés les uns après les autres, au fur et à mesure de l'étude pour faire varier les critères de sexe, de zone d'exercice, etc.

Le nombre d'entretiens a été adapté au fur et à mesure de l'analyse et jusqu'à saturation des données.

Les critères d'inclusion comprenaient le fait d'exercer en tant que médecin généraliste libéral ou salarié, installé dans le département du Cher ou d'y effectuer des remplacements.

Les médecins généralistes pratiquant exclusivement un autre domaine d'expertise (Protection Maternelle et Infantile (PMI), planning familial, addictologie, etc.) étaient exclus de l'étude.

D- Recueil et analyse des données

Les entretiens ont été réalisés de manière individuelle et ont été anonymisés en fonction de l'ordre chronologique dans lequel ils ont été réalisés.

Ceux-ci étaient **semi-dirigés par la trame d'entretien** définie au préalable. Elle a été testée auprès de deux médecins. Par la suite, le guide d'entretien a été modifié, une première question sur la connaissance d'une situation de violences conjugales a été ajoutée pour introduire le sujet (Annexe 4).

Ainsi, nous pouvions aborder la gestion de la situation, la connaissance ou non d'enfants au domicile familial. Puis le sujet était amené plus précisément sur la place de l'enfant, sur leur exposition, les prises en charge proposées, les ressources, les ressentis, les difficultés et les attentes des médecins généralistes.

Les entrevues ont été menées soit en présentiel, soit en visioconférence.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones et une feuille a été utilisée pour noter le langage non verbal. Leur retranscription intégrale a ensuite été réalisée sur un logiciel de traitement de texte (Word®).

L'accès au verbatim et à l'étude était proposé aux participants, une fois le travail terminé.

II- Méthode d'analyse des données

Suite à la retranscription des entretiens, l'analyse a été menée par inspiration de **la théorisation ancrée**.

J'ai réalisé, de manière indépendante, un double codage des données, à l'aide d'un logiciel de traitement des données (Excel®) en association avec Romain ROBERT (R.R), docteur en médecine générale.

A l'issue de chaque phase de **codage ouvert**, des discussions ont été menées afin d'élaborer de **manière itérative** une **grille de codage axial consensuelle** (Annexe 5).

Les critères Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (**COREQ**) ont été utilisés tout au long de la rédaction de ce travail (18), (Annexe 6).

Résultats

I- Population et entretiens

A- Les entretiens

Sur l'ensemble des médecins contactés, 33 n'ont pas donné suite aux appels, 14 ont convenu d'un rendez-vous dont 2 qui l'ont annulé. Les douze entretiens ont été conduits entre septembre et décembre 2024 (notés de E1 à E12). Ils ont duré entre 22 et 42 minutes avec une durée moyenne de 32 minutes.

Dix entretiens ont été menés en présentiel, dans le cabinet de consultation du praticien ou dans la salle de pause. Deux ont été réalisés en visioconférence par une application conversationnelle, après une rencontre en présentiel quelques jours auparavant.

La saturation des données a été obtenue au 11^e entretien. Un de plus a été réalisé, il était déjà programmé et il n'a pas apporté de nouvelles données exploitables.

B- Caractéristiques des médecins de l'échantillon avant participé aux entretiens

Au début de chaque entrevue, des questions ont été posées pour définir les différentes caractéristiques des professionnels interrogés (Annexe 7).

Tableau 2 : Tableau des caractéristiques des médecins généralistes volontaires à l'étude qualitative

Code	Sexe	Âge	Pourcentage patientèle pédiatrique (%)	Type d'exercice	Lieu d'exercice	Lieu d'entretien	Durée d'entretien (min)	Formation ¹
E1	Féminin	39	10	Semi-rural	MSP ²	Cabinet	28	Non
E2	Masculin	42	10	Semi-rural	MSP	Cabinet	37	Oui
E3	Masculin	53	7	Semi-rural	MSP	Cabinet	27	Non
E4	Masculin	47	12	Semi-rural	Groupe de médecins	Cabinet	22	Non
E5	Féminin	32	15	Semi-rural	MSP	Visio	29	Non
E6	Féminin	43	20	Rural	MSP	Cabinet	42	Non
E7	Féminin	57	6	Semi-rural	Groupe de médecins	Cabinet	27	Non
E8	Masculin	64	15	Rural	Seul	Cabinet	31	Non
E9	Féminin	51	17	Semi-rural	MSP	Cabinet	42	Oui
E10	Masculin	66	25	Ville	MSP	Cabinet	31	Oui
E11	Masculin	31	7	Ville	MSP	Cabinet	34	Non
E12	Masculin	37	15	Ville	MSP	Visio	31	Non

Formation¹ : Formation sur les violences conjugales et/ou intrafamiliales ; MSP² : Maison de santé pluriprofessionnelle

Dans cette étude, 12 médecins généralistes ont été interrogés. Les figures 1 à 6 ci-dessous présentent une répartition des participants à l'étude par catégorie de données socio-démographiques.

Les participants étaient majoritairement de genre masculin.

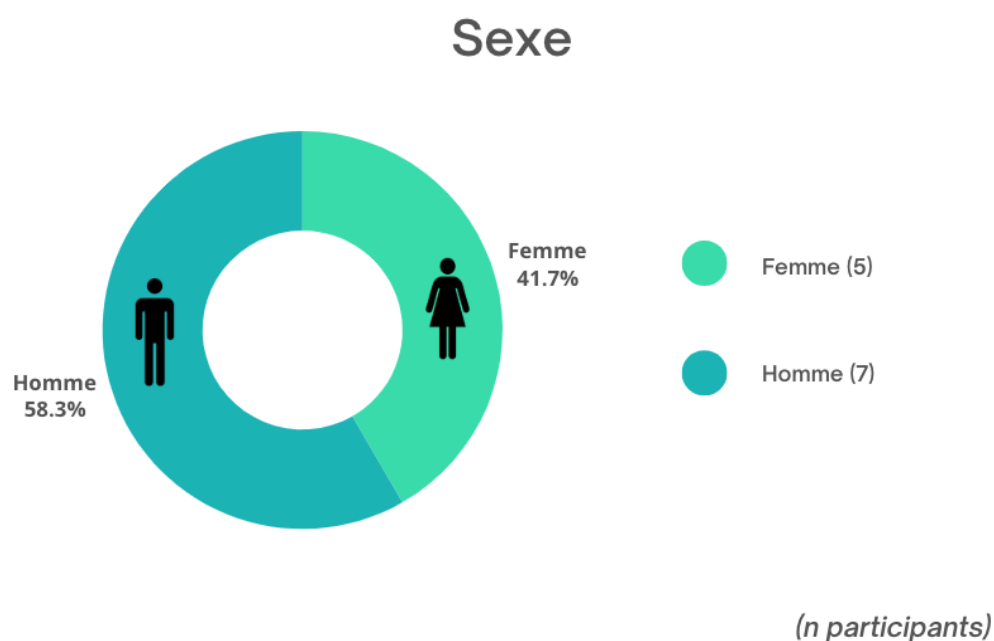


Figure 1 : Graphique de répartition des genres des médecins interrogés

L'âge des praticiens variait de 31 à 66 ans avec une moyenne d'âge de 47 ans.

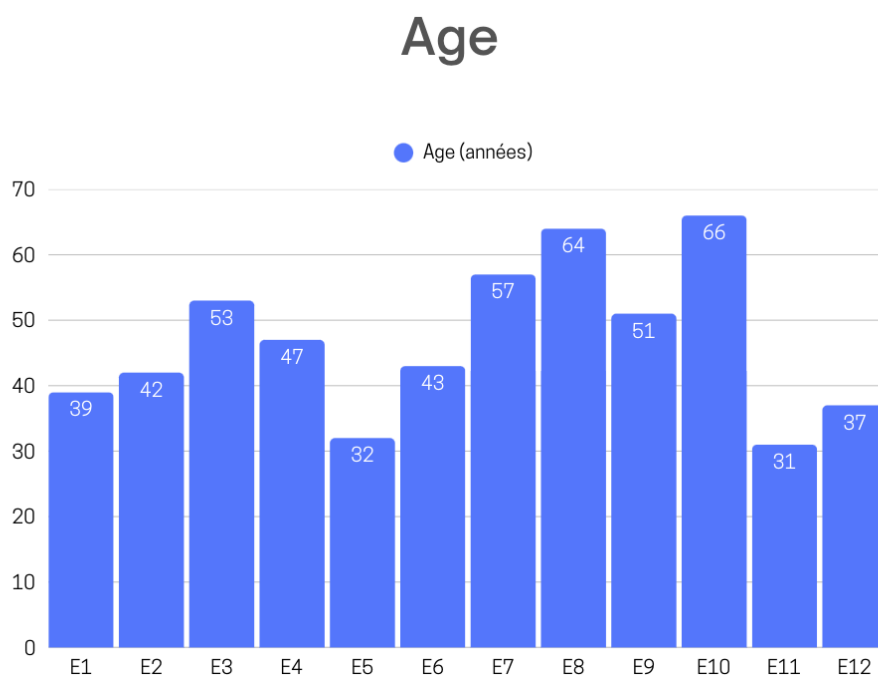


Figure 2 : Graphique de répartition des âges des médecins interrogés

Le secteur d'activité se répartissait entre les milieux rural, semi-rural et la ville.

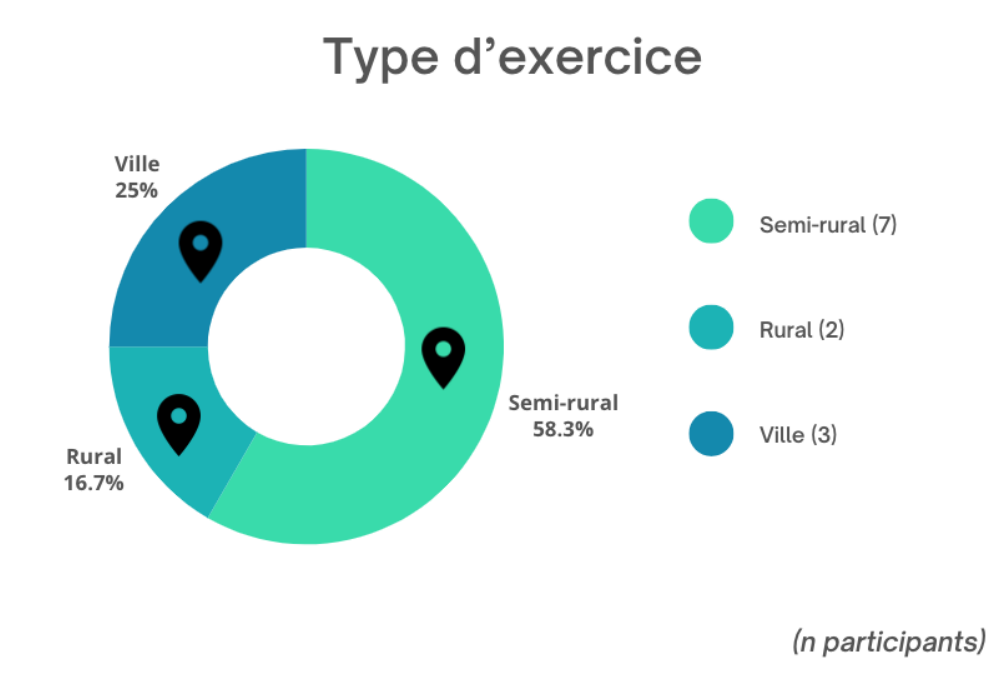


Figure 3 : Graphique de répartition des types d'exercice des médecins interrogés

Les lieux d'exercice variaient entre une activité seule, en MSP ou en groupe de médecins. Une seule participante était remplaçante depuis 4 ans dans deux cabinets fixes. Deux autres professionnels étaient installés depuis moins d'un an et avaient effectué environ 3 à 4 ans de remplacements auparavant. Le nombre d'années d'installation variait de 1 an à 40 ans avec une moyenne de 14 ans.

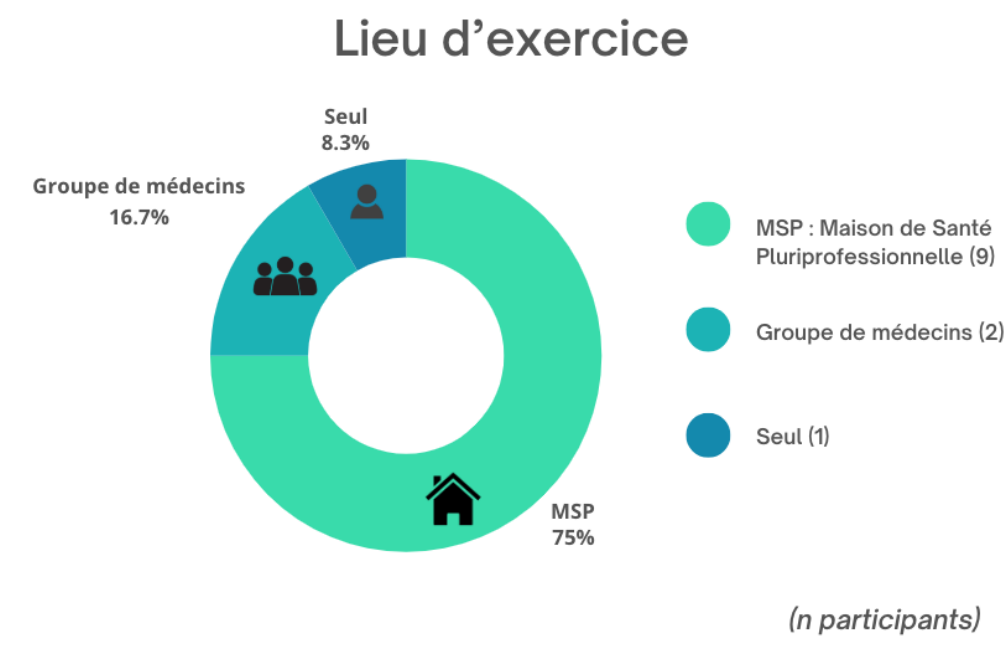


Figure 4 : Graphique de répartition des lieux d'exercice des médecins interrogés

Les participants à l'étude ont estimé la proportion de leur patientèle pédiatrique.

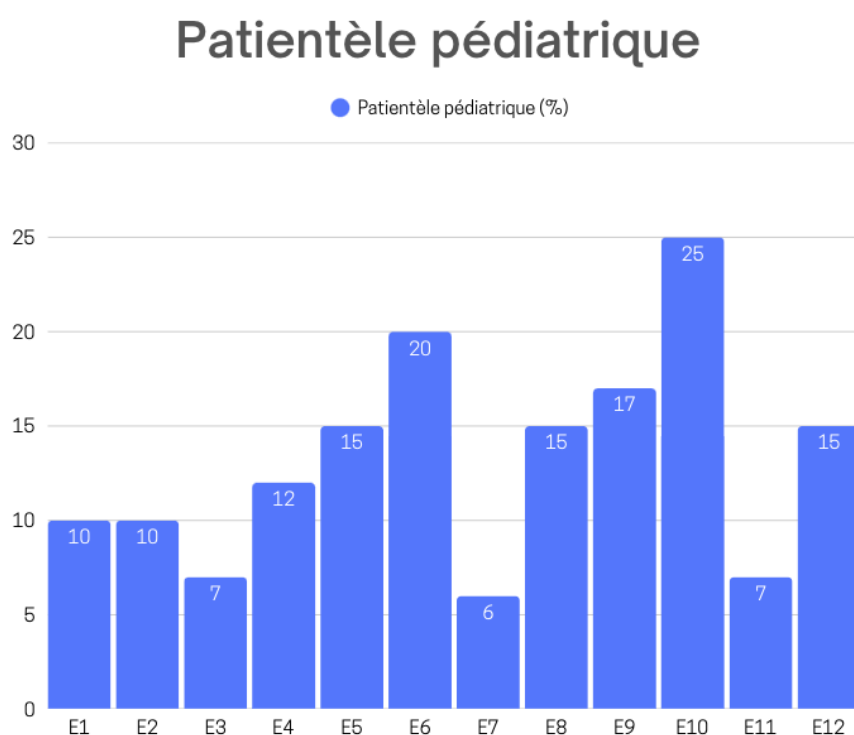
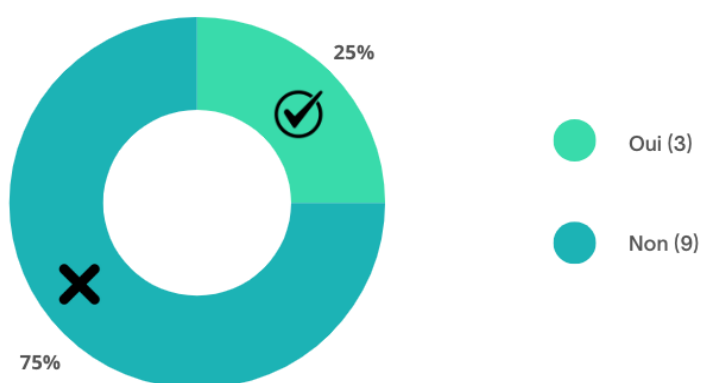


Figure 5 : Graphique de répartition de la patientèle pédiatrique des médecins interrogés

Certains médecins ont eu une formation continue sur les violences conjugales, intrafamiliales. La CRIP est intervenue dans le cadre des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Aucun des praticiens n'avait de Diplôme Universitaire (DU) en pédiatrie.

Formations aux violences conjugales et/ou intrafamiliales



(n participants)

Figure 6 : Graphique de répartition des formations suivies par les médecins interrogés

II- Description des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés

Cette étude a permis de recueillir, auprès des médecins interrogés, des données sur leur perception des violences, leurs réactions et attitudes face à ces situations, leurs pratiques de prise en charge, ainsi que les obstacles rencontrés et les besoins exprimés.

Ces quatre aspects seront présentés de manière détaillée dans les sections suivantes.

A- Perceptions et analyses des violences par les participants

1. Identifier les différentes formes de violence

1.1 Des signes physiques visibles

Les signes physiques de violence sont souvent plus évidents selon les praticiens, *“Il faut regarder les choses qui sont en direct. C'est des enfants qui ont des bleus, qui ont des signes d'agression.”* (E1), *“C'est plus simple quand nous, on découvre nous-mêmes quelque chose, que ce soit des bleus.”* (E6).

1.2. Une observation attentive des comportements

Certains médecins se disent attentifs devant des comportements inhabituels, *“Qu'on sous-estime et qu'on sous-diagnostique les violences faites aux enfants, et que les comportements d'enfants turbulents ou d'enfants inhibés, il faut toujours chercher une violence.”* (E2), *“C'est un enfant qui a déjà un contact très particulier, tu sens qu'il n'est pas très stable, il y a des cas d'agressivité envers les autres à l'école par exemple.”* (E5).

1.3. La complexité de la reconnaissance de violences “non apparentes”

Les violences non visibles sont difficilement repérées, *“Je me pose la question sur tout ce qui est agression verbale.”* (E1), *“Verbalement, elle est plutôt autoritaire [...] je m'interrogeais si elle pouvait aller jusqu'à avoir un Münchausen par procuration.”* (E3).

Les dynamiques du couple et de la famille sont parfois des éléments qui incitent le professionnel à questionner la possibilité de violences, *“Je suis conscient qu'il peut y avoir des violences dans le couple, mais dont on n'est pas forcément dépositaire et dont on ne voit pas.”* (E3), *“Quand je vois des couples ensemble, j'ai toujours une pensée sur la dynamique du couple. Et après, je me pose toujours la question des violences.”* (E5).

1.4. Des révélations qui surviennent parfois tardivement

Il peut arriver que des médecins soient confrontés à des violences qu'ils n'avaient pas identifiées d'emblée, *“J'ai pas dépisté chez le patient les troubles psychiatriques qui étaient cachés derrière.”* (E1), *“Il faut que je regarde ton ventre, il m'a dit qu'il avait mal aux fesses. Et en fait, l'enfant se met en genu-pectorale spontanément. 3-4 ans.”* (E10).

Certaines déclarations peuvent apparaître de manière tardive, à la suite d'un signalement extérieur, *“J'ai été dépositaire d'une information concernant un enfant qui aurait subi des attouchements par un ami de la famille [...], il y a longtemps.”* (E3), *“L'enfant, je n'ai pas constaté de maltraitance. Jusqu'au jour où le grand-père me dit qu'il est brûlé. Et le père s'est trompé.”* (E4).

Des praticiens prennent en compte l'état du patient dans leur évaluation, *“Je pars du principe que si elle se fait violenter, vu son état, c'était pas la première fois.”* (E12).

1.5. Les violences subies par les hommes

Certains médecins soulignent que les hommes peuvent également être victimes de violences, *“J'ai entendu aussi qu'il y a des hommes qui peuvent être persécutés dans l'autre sens.”* (E1), *“J'ai des hommes qui viennent pour des certificats de coups et blessures, qui sont attaqués par des femmes aussi. Il y en a.”* (E7), *“ Parce que même des hommes peuvent être victimes de violences intrafamiliales. Tout comme les enfants, tout comme les femmes.”* (E12).

2. Prise en compte des enfants dans les situations de violences conjugales

2.1. Des questionnements sur la perception et le vécu des enfants

Quelques participants s'interrogent sur la manière dont les enfants perçoivent et réagissent aux violences conjugales, *“Je ne suis pas sûr qu'il y ait de la violence à la maison. Je ne sais pas comment les enfants réagissent, ce que les enfants voient.”* (E4), *“Forcément, tu te poses la question de l'impact sur les enfants.”* (E5).

Dans certains cas, ils constatent que les enfants tentent d'intervenir dans les conflits familiaux, *“Les enfants essaient de raisonner un peu les parents, mais... c'était un peu bizarre.”* (E6).

Un professionnel rapporte qu'une mère s'inquiétait que son enfant puisse ressentir la détresse de la situation, *“Elle m'en a parlé qu'elle avait très peur que son enfant ressente qu'elle-même n'était pas bien, qu'elle ne puisse pas s'en occuper comme elle voulait.”* (E9).

2.2. La place de l'enfant au domicile familial

Dans certaines situations, les médecins ne savent pas ou n'ont pas demandé s'il y avait des enfants au domicile, *“C'est quand même la maman qui m'en a parlé. Effectivement, ce n'est pas moi qui ai cherché l'info.”* (E9), *“La question des enfants, en toute honnêteté, je n'y ai pas trop pensé.”* (E10), *“Je crois pas qu'il y avait d'enfants.”* (E12).

Certains praticiens prennent en compte la dynamique actuelle de la famille, *“En fait, elle attend que les enfants partent de la maison. Les enfants sont au courant, les grands sont déjà partis.”* (E6), *“Non, le papa était quand même, même s'il rabaisait la maman, présent pour les enfants. Et apparemment, il n'y avait pas de danger pour eux.”* (E11).

2.3. Les situations familiales complexes et les violences intrafamiliales

Certains participants reconnaissent que les enfants peuvent être affectés par les violences conjugales directement ou indirectement, *“Là, ce n'est pas l'enfant témoin, c'est l'enfant victime, mais une violence éducative en fait. Et donc, ça fait partie des difficultés que je peux avoir.”* (E2), *“Je sens que des fois il y a des couples où ce n'est pas clair dans leur tête et qu'ils sont un petit peu limités ou qu'ils peuvent être violents.”* (E4), *“Et il m'a récemment dit qu'il allait vivre chez son papa, sauf que de ce qu'il relatait, le papa perdait parfois un peu patience. Il édulcorait un peu le truc, mais c'est ce que je comprenais.”* (E5), *“L'enfant n'est pas né, que je vois déjà que c'est ... que je vois déjà que c'est foutu pour l'enfant.”* (E7).

Un médecin a remarqué que les violences peuvent se poursuivre sous d'autres formes après la séparation du couple, *“Je les ai connus quand ils étaient déjà séparés, en fait. Et c'est elle qui relate les faits, en fait. Et le papa avait parlé au plus grand qu'il fallait que, peut-être, il lui coupe le bout de zizi.”* (E9).

2.4. La sensibilisation à l'impact des violences sur les enfants

Un praticien met l'accent sur la prise de conscience des effets indirects des conflits conjugaux, *“Attention, voilà, votre enfant, quand il vous voit vous disputer entre vous, il peut en avoir des séquelles [...]. Il vit la situation de violence comme un tiers.”* (E2).

Il identifie des formes de violences directes en consultation des parents envers leurs enfants, *“La violence du parent vers l'enfant en consultation [...] la violence verbale, à lui parler mal, [...] ce genre de choses-là, qui ne sont pas répréhensibles par la loi, mais qui montrent [...] une violence normalisée.”* (E2).

2.5. Les difficultés d'évaluation des violences envers les enfants

La communication avec les enfants et la relation avec eux sont difficiles à établir pour les participants, *“Discuter avec un enfant de 6 ans, 7 ans, 8 ans, 10 ans, c'est très compliqué...”* (E1), *“Je pense qu'un enfant qui subit des violences verbales ou physiques, je suis pas sûre qu'il va le verbaliser directement.”* (E1), *“Tu sais, quand tu as un parent qui vient avec un enfant ici, l'enfant, premièrement, il ne dit rien. Il est dans un mutisme complet...”* (E8).

Les professionnels remarquent que les parents ne sont pas toujours des sources d'information sûres, *“Les parents n'étaient pas forcément fiables en consultation.”* (E1).

Les soignants ont leurs propres perceptions de la gravité des gestes, *“Donc, ils vont prendre aussi une savate facilement en été, et taper le gamin comme ça sur les fesses, mais il l'a tapé sur le bras, ça lui a laissé un bleu.”* (E8), *“Peut-être une contusion au bras sur une emprise avec la main, mais c'est tout. Oui, c'est déjà ça, mais il n'y avait que ça, je crois.”* (E11).

3. Facteurs de vulnérabilité sociale et familiale

3.1. La précarité économique et l'isolement social

Selon les médecins, les femmes victimes de violences conjugales se trouvent souvent dans des situations d'isolement social et de précarité économique, *“Parce que les femmes qui sont battues ou qui sont agressées moralement, physiquement, verbalement dans le foyer, d'habitude, elles se sentent bloquées dans leur situation.”* (E1), *“Quand le conjoint il n'aide pas ou qu'il travaille beaucoup, c'est un peu compliqué pour les mères qui en ont un, deux, trois à la maison.”* (E1), *“C'était quelqu'un qui avait un gros passé psychiatrique on va dire, qui avait un suivi au CMP très dépressif donc voilà et qui venait en consultation parce qu'elle ne voulait juste pas rentrer chez son conjoint et qu'elle avait personne où aller. Nulle part où aller en fait.”* (E6), *“En général, ce sont déjà sur le plan social, parce qu'en fait, malheureusement, ce sont des couches sociales, socioprofessionnelles défavorisées [...] Celles qui sont favorisées, on ne les voit pas. C'est caché, c'est masqué. En général, il y a des supports familiaux, quelque part, des amis.”* (E7).

3.2. Les dépendances et les troubles psychiatriques

Les praticiens relatent des situations présentant un contexte de dépendance ou de troubles psychiatriques, *“Une IP, mais c'était sur une maman qui avait des consommations d'alcool et qui s'était blessée, un week-end où elle avait la garde de son enfant.”* (E2), *“J'ai un bébé qui avait été brûlé au deuxième degré. Le père, on l'a pris dans la douche, mais les parents ont été shootés, ils ont consommé de la drogue.”* (E4), *“Une relation que je qualifierais toxique et une mère psychiatriquement fragile et qui, à mon avis, les enfants peuvent être en souffrance de sa pathologie, oui.”* (E3), *“C'était une jeune femme un peu déficiente intellectuellement.”* (E6).

3.3. Les ruptures parentales

Pour certains professionnels, la séparation des parents a des impacts sur les enfants, *“Parce que la personne dont je vous parle, c’est justement une victime, je pense, d’un divorce qui a engendré des séquelles, en partie, des séquelles à l’âge adulte de cette personne.”* (E3), *“Donc tu vois l’enfant déjà souffre vraiment de la séparation des parents.”* (E5).

3.4. Le contexte culturel

Des soignants rapportent la répétition de schémas d’une génération à l’autre, *“Chez les hommes, c’était un Tunisien, d’origine maghrébine, donc, par réflexe, parce qu’eux déjà tout petits, ils ont pris un petit coup de savate dans les fesses et donc, à l’âge adulte, ils reproduisent le même schéma.”* (E8).

4. Représentations personnelles et biais des médecins

4.1. L’interprétation en fonction du type de violences

Certains médecins estiment que les violences font partie intégrante du cadre familial, *“Il y a eu des situations de tension qui étaient relativement courantes.”* (E2), *“Après, ça me gêne aussi, parce que des couples peuvent avoir des disputes, sans pour autant tirer le parachute et dire, “ah“, les enfants, tout ça.”* (E3), *“Le problème, c’est qu’après, c’est souvent des problèmes, je pense, de couple.”* (E4), *“Là, le conflit familial, c’est juste une séparation pour moi. C’est pas la femme qui est sous l’emprise depuis X années, et que le gamin y grandit dans ce climat-là.”* (E11).

La perception de la gravité semble dépendre de la possibilité pour la victime d’être à nouveau exposée à la violence et son cheminement, *“Je n’ai pas fait d’IP, parce qu’il était pas face à la personne, en continu.”* (E3), *“Je ne sais pas si c’est récurrent, si c’est tout le temps.”* (E4), *“L’autre situation, c’était ponctuel.”* (E6), *“Je n’ai pas eu jusqu’à maintenant une violence conjugale, si je puis dire, initiale. Quand je les vois, ce sont des problèmes récurrents. Le cheminement est fait.”* (E7), *“C’était plutôt psychologique. Elle avait été une fois poussée. “Bon“, ce n’est pas pour minimiser, mais elle a été une fois poussée. Pour le certificat de coups et blessures, elle n’avait pas grand-chose à décrire. Et c’est la seule fois où c’était physique.”* (E11).

4.2. L’influence du contexte socioculturel sur la perception des violences

Certains expriment une forme de surprise face à des violences survenant dans des familles perçues comme stables et bien insérées, *“J’ai pas une patientèle, je pense, sociologiquement défavorisée.”* (E3), *“Après, j’ai eu un autre cas, ça m’avait un peu surpris, c’était un couple laotien. Franchement, nickel. En plus ils sont vachement rigoureux.”* (E4), *“Elles doivent l’exprimer d’une manière différente. Donc moi, parmi ceux que je voyais, non, ça dépend de ta patientèle aussi.”* (E10).

D’autres estiment les violences en fonction de la culture familiale et de l’intention des actes, *“Il faut accepter que tout le monde ne vive pas pareil. Après, il faut voir jusqu’où ça peut aller.”* (E9), *“C’est compliqué parce que c’est une famille maghrébine, et je ne suis pas sûre que les enfants soient témoins de ce qu’il se passe en fait.”* (E6), *“Elle peut vouloir se venger aussi. Avoir dit, de toute façon, tu ne reverras pas tes enfants.”* (E9).

4.3. Une confiance dans la relation et le suivi médical

Un médecin considère que les violences auraient été repérées par un autre soignant lors de son précédent suivi, *“Ils étaient suivis par un autre médecin, donc je me dis que s'il y avait eu un souci, ça aurait été vu avant.”* (E12).

D'autres praticiens trouvent que c'est plus simple d'interpréter des signes quand ils connaissent la famille, *“Quand on connaît un peu la famille, ça va être plus simple de dire est-ce que c'est un bleu parce qu'il est tombé ?”* (E1).

Pour certains professionnels, si la mère est prise en charge dans le cadre de violence, la structure s'occupera aussi des enfants si nécessaire, *“Une fois qu'on sait que la maman va être prise en charge, on se dit inconsciemment que les enfants vont aussi être pris en charge.”* (E10).

4.4. La difficulté à envisager l'existence des violences

Certains soignants avouent avoir du mal à imaginer que des violences puissent être infligées, *“Je peine à y penser, parce que j'ai peine à penser qu'on puisse faire du mal aux enfants. C'est bête, je devrais inscrire ça dans ma mémoire de médecin, et en fait, je ne vois pas le mal au départ.”* (E10), *“Parce que, proportionnellement, forcément, j'en vois des femmes battues. Puis là, à première vue, je n'en ai pas autant qui me viennent à l'esprit.”* (E11).

B- Réactions et attitudes des médecins

1. Attitude professionnelle

1.1. Une posture réfléchie

Les médecins mettent en avant l'écoute et l'importance de trouver la bonne formulation, *“Déjà, je les écoute. Il faut les écouter.”* (E1), *“Je vais formuler avec le parent. Donc du coup, toujours le choix des mots.”* (E2), *“De toute façon, tout est dans la façon dont on va expliquer aux gens.”* (E6).

Ils adoptent une attitude empathique, *“Vous êtes pas toute seule. Vous avez un entourage, famille, amis, vous n'êtes pas obligé de rester dans cette situation-là.”* (E1), *“Tu la rassures. Je la félicite, c'est pas le bon mot. Je la rassure en lui disant que ce qu'elle a fait, c'est courageux.”* (E10).

Tout en instaurant un cadre professionnel et une vigilance, *“Je lui ai dit non, il faut qu'il voie un spécialiste.”* (E1), *“En fait, ce que je note, c'est : je vois ça tel jour. Je vois ça tel jour. Après, en principe je passe pas à côté de quelque chose.”* (E12).

En réorganisant leur planning et en adaptant leur consultation si nécessaire, *“J'ai rajouté une dame en fin de journée [...] elle subit des ... un peu de harcèlement psychologique et elle se fait rabaisser à la maison.”* (E11). *“J'oblige le conjoint à amener les gamins pour la consultation suivante, ça me permet de laisser la mère au minimum deux heures pour souffler.”* (E1).

1.2. Communication et prise de décision en équipe

Face à des situations de violences, certains praticiens vont avoir recours à d'autres professionnels pour connaître leurs avis, *“Et c'est pour ça que... est arrivée en discussion, en réunion, la réflexion de faire une IP. [...] L'avantage d'une réunion, c'est qu'on est obligé de*

verbaliser. *Et finalement, on prend une décision.*” (E2), *“J’ai appelé les assistantes sociales, j’ai prévenu la gendarmerie.”* (E4), *“Mais ma position est assez délicate. Et je pense que si ça venait à me faire tiquer, pareil, j’en parlerais avec le médecin que je remplace pour voir s’il a eu le même sentiment que moi.”* (E5), *“Je demande l’avis à des... Soit à l’hôpital à des médecins en pédiatrie par exemple ou j’aurais appelé le conseil de l’ordre. J’aurais fait un truc. Quand ça devient trop complexe.”* (E12).

Certains mettent en avant la difficulté d’échanger avec les patients et le besoin d’avoir une relation de confiance, *“J’ai dit simplement au grand-père qu’on peut mettre de la Biafine ou du Dexeryl sur des brûlures. Mais j’ai bien insisté auprès du grand-père, j’ai dit amenez-moi l’enfant. Il a dit non, il n’a jamais voulu.”* (E4), *“Quelquefois il faut qu’il y ait une confiance derrière. Si le patient n’a pas confiance en toi. Il ne dira rien.”* (E12).

2. Réactions et engagement

2.1. Implication du médecin

Les médecins peuvent être marqués par des situations, *“Quand on déshabille un enfant et on voit des bleus aussi, voilà, forcément on est embêté.”* (E1), *“Ça, c’est arrivé un vendredi, un vendredi soir. J’ai cogité vendredi soir, samedi. J’avais une mauvaise conscience. Mais c’est pas normal, un bébé qui a été brûlé au deuxième degré.”* (E4), *“Mais avant, on était vraiment à prendre. Tu prenais un risque, tu pouvais être condamné. Mais là, pour le petit bonhomme, il a fait tellement de peine, ce petit bonhomme, mais vraiment.”* (E10).

L’implication est variable, *“Un, on est bien servi, bien entouré sur le plan social, sur (nom de la ville), ça fonctionne très bien. Et deux, ce n’est pas que je n’aime pas le social, ce n’est pas ça du tout. Mais il y a tellement à faire sur le plan clinique pur.”* (E7), *“Et on la remet facilement à n’importe quel pédo psychiatre ou psychanalyste.”* (E8), *“Et je fais quoi moi avec la jeune femme dans mon bureau, elle veut pas. Et puis j’ai fini par la convaincre.”* (E6).

L’expérience aide certains à mieux gérer les situations, *“Tu verras qu’après, avec l’expérience, il ne faut pas te couper des autres [...] il vaut mieux te concentrer à avoir des choses assez simples et qui tiennent la route pour toi.”* (E10).

Le positionnement des professionnels peut varier en fonction de leurs convictions personnelles, *“Il faut savoir, des femmes, excusez-moi, je vais vous choquer, qui sont chieuses, provocantes, qui ne méritent pas ça mais...”* (E7), *“Donc, alors après, c’est difficile parce que je pense qu’il y a des consœurs ou des confrères qui ont peut-être été victimes de ça. Et c’est plus souvent chez les filles que chez les garçons. Et donc ça, ça peut jouer. Mais moi, je suis peu confronté à ça.”* (E10), *“Je suis un peu féministe mais j’essaie de guider le maximum que je peux.”* (E1).

2.2. Réactions émotionnelles

Les situations de violences peuvent entraîner des réactions auprès des médecins, *“Je les crois, je l’ai vu pleurer la dame.”* (E4), *“Et peut-être qu’entendre sa voix un peu déçue, ça m’a rendu un peu triste, parce que je me suis dit “bah” que moi, si j’avais été dans son cas, j’aurais aimé que mon médecin “bah” il brave tout pour m’aider.”* (E5), *“Et ce qui me touche le plus, c’est quand les patientes ou beaucoup plus que les patients, il faut être honnête, te disent merci docteur de l’avoir fait... Et si j’avais eu ça, peut-être que je serais parti plus tôt, peut-être que j’aurais fait autrement.”* (E10), *“Je n’avais pas spécialement de sentiments particuliers.”* (E11), *“J’étais triste pour elle.”* (E12).

Des praticiens s'inquiètent de la possibilité de nuire à la relation de confiance, *“Non moyennement (à l'aise), c'est jamais facile. Tu ne sais pas si tu vas envenimer les choses.”* (E11), *“Parce que si ce n'est pas avéré derrière, ça peut un peu casser cette relation de confiance. Ça m'embêterait. Ça m'embêterait peut-être plus de passer à côté d'une situation de violence que de casser cette relation de confiance.”* (E11), *“C'est la façon de le tourner. En fait tu vas faire le certificat et puis après tu vas le rendre à la personne. C'est pour l'aider elle. Mais quelquefois ça va mener nulle part en fait.”* (E12).

Des professionnels reconnaissent éprouver des dilemmes pour analyser la situation, *“C'était un peu dans l'excès. Entre ce que tu sais, ce que tu ne sais pas, ce qu'on peut te dire, où est le vrai, où est le faux, c'est très difficile.”* (E4), *“Ceux qui sont incarcérés pour attouchements et viols, il y a eu beaucoup, beaucoup de mamans ont menti, uniquement pour retirer la garde, pour avoir la garde et pour divorcer, madame.”* (E8), *“C'est toujours compliqué parce que c'est toujours la parole de quelqu'un.”* (E9), *“Et je me dis, il y a forcément des histoires de temps en temps où les choses sont pas vraies.”* (E6), *“J'ai une situation complexe. Une mère autoritaire. Fin si toutes les mères autoritaires, je dois faire un signalement au procureur, je pense que non.”* (E3).

Quelques participants réagissent selon la réponse apportée par les structures de protection, *“Je ne suis pas très bien parce que c'est un peu dommage qu'aujourd'hui, les enfants, on ne peut pas les protéger au maximum, c'est frustrant.”* (E1), *“Tout cet enjeu, toutes ces discussions. Et ça n'a pas loupé. Parce que derrière, quand on a fait notre IP, elle était tellement sous le choc qu'elle se souvient même pas.”* (E2), *“Mais ça faisait déjà 8-9 mois, et la situation n'avait pas évolué, et la personne qui éventuellement était le danger était toujours en contact, et venait toujours dans la maison.”* (E9), *“Elle est allée à la gendarmerie, je ne sais plus s'ils avaient pu déposer une main courante ou tout ça, puis les gendarmes lui ont dit, “ben” ok, mais maintenant il faut attendre.”* (E6).

Des médecins vont exprimer des doutes sur leurs choix, *“Je me suis dit que j'aurais dû au moins leur expliquer qu'il y a un souci avec le chien, les animaux à la maison.”* (E6), *“Parfois à froid on s'inquiète plus qu'on s'inquiétait à chaud.”* (E2).

Certains expriment des difficultés à prendre des décisions, *“Alors, ce qui est curieux, c'est qu'en réunion, quand on parle devant tout le monde, on est obligé de dire oui, notre rôle, c'est de protéger l'enfant avant tout, etc. C'est pas du tout la même réflexion que quand on est tout seul. [...] Surtout qu'en mode soit on peut pas voir soit on a l'impression qu'on s'alarme peut-être un peu pour rien et que poser le curseur est difficile.”* (E2), *“Je ne sais pas quoi faire. Je ne sais pas quel est le rôle du médecin traitant dans cette situation-là. Est-ce que je dois prévenir quelqu'un ? Est-ce que je dois alerter quelqu'un par rapport à la situation, par rapport aux enfants ?”* (E4).

3. Barrières à l'abord des violences en consultation

Les médecins ont des difficultés à poser des questions et à trouver leur place dans les dynamiques familiales, *“Et notamment dans l'enfant tiers par exemple, dans l'enfant victime de violences entre ses parents. Voilà, ça a bien été défini que voilà c'était un réel traumatisme et c'était une réelle victime des violences mais le verbaliser aux parents”* (E2), *“Surtout que si c'est de la violence au sein d'un couple, et si on soigne le couple en plus, c'est-à-dire trouver sa place, alors qu'il y a deux personnes dont on soigne, si on soigne les deux, et d'être au centre.”* (E3), *“Non je n'aborde pas les choses, parce que c'est délicat dans ma position de médecin remplaçante, où je les vois très ponctuellement.”* (E5), *“Mais trouver le moment quand l'aborder et comment l'amener. C'est pas facile.”* (E12), *“Peur d'être trop intrusif, trop intrusif”*

dès la première consultation et de bloquer des fois les gens.”(E6), “Je suis un petit peu perdu. J'aurais peur d'intervenir trop dans la vie privée des gens.”(E4), “Et même quelquefois en fait ça peut arriver que le patient ne veuille pas se confier malgré qu'il ait confiance parce qu'il a peur que ça se sache pour x raisons.”(E12), “En fait, quelquefois on leur pose une question, ils ne la comprennent pas, ils peuvent mal le prendre aussi.”(E12).

Les professionnels ont rarement une vision claire de ce qui se passe dans les familles et ont du mal à échanger, “C'est compliqué, parce qu'il faudrait dire aux parents de changer de façon d'être, mais vous ne pouvez pas changer les gens.”(E3), “Et puis le truc c'est que la maman ne veut pas du tout qu'on en parle devant elle quoi.”(E6), “Donc elle nous disait, elle nous assurait que son fils, c'était tout pour elle. Et que quand son fils venait, elle consommait pas. Ou en tout cas, elle consommait juste pour pas être en manque. Mais qu'elle faisait tout, attention.”(E2), “Le problème c'est qu'on ne sait pas trop ce qui se passe dans la maison. Des fois on peut supposer, mais on ne sait pas vraiment.”(E4), “Quand c'est des faits qui sont relatés, on voit des fois dans des... dans des histoires de violences, mais quand c'est des parents séparés par exemple, ou quand justement, des parents qui veulent se séparer, et qui il y a des fois, on se dit qu'ils se servent peut-être des enfants pour avoir la garde.”(E6), “Et nous, de juger ce qui se passe dans un couple ou dans une famille, c'est jamais évident. Il faut quand même qu'on reste un petit peu objectif. Donc, en même temps, on ne peut pas ne pas écouter s'il y a un problème. Alors, on peut être là pour conseiller. On est pas là pour juger non plus.”(E9), “Alors je me dis, quand il y a vraiment un danger immédiat, qu'il y a des traces de coups et peut-être que là, c'est urgent, mais quand c'est juste une suspicion [...] Pourquoi on ne prend pas son temps pour vraiment discerner le vrai du faux ?”(E9).

Certains préfèrent ne pas aborder le sujet par crainte des conséquences potentielles liées à la réalisation d'un signalement, d'une IP ou d'un certificat, “J'étais remplaçante et j'étais embêtée avec une gamine de 10 ans de mémoire parce qu'elle avait des bleus partout, on ne comprenait pas pourquoi. Et si on se trompe, fin pour moi, je pense qu'y a des dégâts.”(E1), “C'est vrai que ça fait un peu peur. De faire des informations préoccupantes comme ça. Tu sais pas si t'es dans le vrai. Tu sais pas les répercussions. Je sais pas si ça va vraiment améliorer les choses pour le patient. Normalement, oui, mais faut en être sûr.”(E11), “Je me disais, ça se trouve ça va la desservir parce que la justice peut dire qu'il y a eu un certificat de complaisance, etc. Parce que moi je connaissais pas.”(E5), “Donc ce qui est un peu dommageable, c'est que le papa, vous le verrez plus. Si le couple se sépare, vous le verrez plus.”(E8).

4. Évaluation du moment propice pour aborder les violences

Certains praticiens abordent la question des violences en fonction du lien de confiance établi avec le patient et des raisons qui les amènent à consulter, “Donc, ce n'est pas au début de la consultation, c'est à la fin. Le patient t'a vu, tu as vu si la confiance instaurée de part et d'autre, donc du coup, il va mieux accepter que tu lui donnes le questionnaire.”(E10), “Il faut savoir l'évaluation initiale. Est-elle pertinente de faire quelque chose ? À quel moment on déclenche ? Sur quel niveau d'inquiétude on déclenche quelque chose ?”(E3), “Parce qu'alors quand le patient vient en état de souffrance psychique c'est un peu plus facile d'aborder les choses après quand ils viennent pour un renouvellement ou pour une entorse de genou ou pour un arrêt somatoforme.”(E2), “Si elle se confie à moi. Bien sûr, je pose des questions.”(E8).

Les médecins peuvent utiliser des stratégies pour libérer la parole, “Il faut qu'il arrive à se confier. S'il n'a pas envie, il ne le fera pas. Je leur dis à la porte : elle est ouverte. S'ils viennent, on discute.”(E12), “Par exemple, le questionnaire. Parce que du coup, ça peut libérer la parole.”(E10).

Certains professionnels ont des techniques pour aborder le sujet avec les enfants, *“Je vais pas forcément verbaliser. Avec l'enfant, j'ai une autre relation, avec un peu de jeu, avec d'autres choses, mais non, je vais pas forcément le verbaliser avec l'enfant à ce moment-là.”*(E2), *“D'abord, j'essaie de les séparer pour voir séparément. Bien sûr, on examine d'abord l'enfant. Je ne dis rien. Docteur, qu'est-ce que vous en pensez ? Attendez, je n'ai pas fini. Je vais voir d'abord le monsieur. Voilà. Donc, l'enfant, il ressort avec sa maman. Je vais voir le monsieur. Et ensuite, je vais voir la maman.”*(E8), *“Pour un enfant, je pense qu'il faut poser les questions après, c'est toujours délicat, tu sais jamais si c'est les parents qui sont à l'origine des violences ou si c'est une personne tierce.”*(E11).

5. Stratégies d'adaptation et d'autoprotection des médecins

5.1 Composer avec l'incertitude et les limites de son rôle

Certains médecins expriment une forme d'improvisation dans l'instant, *“Et peut-être, je sais pas comment il fallait gérer la chose, j'ai un peu été prise de court au téléphone.”*(E5), *“C'est au cas par cas. Moi, je fais des signalements. S'il y a un problème médical, je le règle. Moi, je ne peux pas aller plus loin dans mon activité.”* (E7).

Des praticiens revoient comment organiser leur consultation et aborder les violences, *“Dans notre anamnèse initiale de prise en charge, on devrait poser la question de savoir si on était victime de violences.”*(E2), *“C'est dommage parce que j'aurais pu peut-être aider.”*(E1), *“Si on veut vraiment être efficace, il faudrait qu'on y pense à chaque consultation sans que ça soit chronophage.”*(E10).

Les professionnels ajustent leur pratique, *“C'est l'expérience de ce que j'ai appris en milieu carcéral où je ne vais pas prendre le téléphone pour aller appeler la gendarmerie pour faire un signalement.”*(E8), *“Ça me déstabilise un peu, quand même. Tu dis que tu vas pas forcément au bout des choses.”*(E11).

5.2 Maintenir le lien comme stratégie de contournement

Dans certaines situations, des soignants préfèrent ne pas trop questionner et ne pas faire de signalement pour garder le lien, *“Je me suis dit, au moins, sans faire de signalement, au moins, je garde le contact avec cette famille pour qui ça aurait été compliqué. Et puis, finalement, il se développe comme il peut, ce petit bout de chou.”*(E6), *“Ils ont toujours le numéro d'urgence. Je ne leur ferme jamais la porte. Je leur dis si ça ne va pas “bah” vous revenez. Je peux pas tout aborder dans une consultation.”*(E12).

5.3 Prendre du recul

Certains participants évoquent la nécessité de se protéger émotionnellement, *“Donc, on va oublier le papa qui va sortir avec le petit. [...] Il ne faut pas minimiser, mais en même temps, il ne faut pas être trop dans le drama.”*(E8), *“Vraiment, tu sais que tu as fait ce qu'il fallait, que tu devais faire. C'est ce qu'on appelle de la résilience. Continue d'avancer, ne pas oublier, mais être vigilant pour la suite.”*(E10), *“Quand on pose la question il faut être prêt à le recevoir.”*(E2), *“Et ça, c'était très apaisant pour moi. Je savais qu'elle allait être prise en charge.”*(E10), *“La dame était touchée par la situation, mais ce n'était pas vraiment difficile de faire la consultation.”*(E11).

Des médecins ont peur de mal faire et des fois préfèrent déléguer, *“Là, je me suis sentie inutile, parce que de un, je suis censée savoir quoi faire. C'est moi son médecin, même si je suis juste la médecin remplaçante.”*(E5), *“Je peux dormir tranquillement en disant à mon patient qu'il*

est sécurisé. J'ai pas laissé un enfant dans un milieu qui est dangereux pour lui.”(E1), “J'oriente parce que comme je suis seul, j'ai toujours peur après d'un coup de fil, le lendemain, docteur, pourquoi vous n'avez pas fait ceci ? Pourquoi vous n'avez pas fait cela ?”(E8).

5.4 Une prise en charge adaptée aux enfants

Certains professionnels choisissent de ne pas aborder directement le sujet de la violence en présence de l'agresseur, *“Je pense que j'essaierais de pas trop en parler devant la personne qui est à l'origine des violences.”(E1), “Je pense que je m'entretiendrais avec lui et sa mère dans un premier temps. Puis après, il faudrait que je m'entretienne avec lui seul [...]. Il faudrait agir.”(E11).*

D'autres évoquent la difficulté de discuter des violences lorsque les deux parents sont présents, *“Si par exemple, le couple, s'ils sont là tous les deux, ou que c'est les parents qui viennent avec l'enfant et qu'il y a suspicion sur l'enfant, je sais pas si j'évoquerais le sujet devant les deux parents.” (E11).*

C- Pratiques de prise en charge

1. Place du médecin

1.1. Un rôle médical important mais aux limites floues

Certains praticiens affirment leur attachement à la clinique, *“La prise en charge de la patiente se fait au pied du malade, sur la table d'examen, que ce soit le bébé, que ce soit le patient.” (E7)*

D'autres insistent sur leur rôle de repérage et de sécurisation immédiate, *“Si on sentait qu'un enfant était en danger ou qu'il y avait suspicion de maltraitance qu'il fallait l'hospitaliser.”(E4).*

Le médecin se voit comme un acteur clé de la détection des répercussions psychiques, *“Il y a l'aspect répercussion psychique où là, on a probablement un rôle central à jouer.”(E3).*

Le rôle du soignant peut s'étendre à l'accompagnement de démarches judiciaires, *“Il y a l'aspect du droit, où on est obligé de passer la main.”(E3), “Nous demander de rester tranquille, de ne pas se mêler de tout ce qu'il y a à faire.”(E4), “En général, elles viennent consulter parce qu'elles veulent porter plainte. Donc certificat de coups et blessures, etc.”(E7), “Il faut faire le certif, essayer de parler avec elle, essayer de faire le lien, la mettre en confiance, la rassurer de porter plainte, qu'il fallait qu'elle soit accompagnée.”(E10).*

1.2. Une démarche proactive dans la détection des violences

Certains médecins adoptent une attitude active de questionnement, *“Quand la femme est seule, je pose la question. Quand je le suspecte, oui.”(E7), “Il y a aussi l'histoire des familles qui sont divorcées. C'est à la mode aujourd'hui.”(E1), “Alors si, pour celui qui venait pour l'encoprésie au départ, quand même, j'ai creusé. On voyait qu'ils étaient pas bien en plus.”(E9), “Je leur demande si leur conjoint les soutient. Dès qu'il commence à y avoir des dénigrement. Ça fait des petites alertes dans ma tête.”(E12).*

1.3. Réactivité du médecin

Certains professionnels expriment la nécessité d'intervenir à la racine du problème, *“Déjà, tarir la source, si y a un comportement qui peut avoir des répercussions sur l'enfant, c'est déjà essayé*

de traiter l'origine de la source qui pourrait engendrer des conséquences sur les enfants.”(E3), “J'essaie de reprendre un peu avec le parent, des fois, j'essaie de reprendre, mais la fois d'après, c'est exactement la même conduite et puis ça rentre par une oreille et ça ressort par l'autre.”(E2).

Des praticiens estiment ne pas pouvoir ignorer une information donnée directement par le patient, *“Si j'ai l'info, je peux pas passer à côté. Donc, du moment où j'ai l'info, forcément, je vais réagir. Donc oui, ça changera un truc.”(E11).*

Des médecins relatent leur rôle dans l'accueil de situations de violences en urgence, *“Et c'est là où les associations SOS Médecins ont un rôle vraiment à jouer. Plein de patients qu'on ne connaît pas. Et dans plein de situations et dans des situations de certificats, de coups et blessures.”(E10).*

2. La mission d'orientation des médecins généralistes

2.1. Une orientation adaptée en fonction des besoins identifiés

L'orientation vers des structures pédiatriques, psychologiques ou médico-légales apparaît comme un réflexe professionnel, *“Je pense que je vais essayer de les envoyer en pédiatrie ou d'appeler le pédiatre [...] pour essayer d'investiguer un petit peu plus profondément.” (E1), “Mes solutions, c'est psychomot', psycho.”(E2), “C'est en cela où l'orientation vers le psychiatre, pour voir si on peut désamorcer quelque chose.”(E3).*

Certains proposent également un accompagnement vers des spécialistes médico-légaux, *“Je lui ai conseillé d'aller voir un spécialiste médico-légal pour faire un certificat médical.”(E8).*

2.2 Sensibiliser aux droits et encourager la mise en sécurité

Les soignants soulignent leur rôle d'accompagnateur dans l'information et la sensibilisation aux droits des victimes, *“Donc déjà, on les incite à aller déposer plainte. Mais ils ne le font pas forcément. J'essaie de les aider à réfléchir.”(E1), “C'est toi aussi qui dois porter un peu et apporter une aide, que ce soit mentale, législative, peu importe. Mais c'est toi qui peux être le guide dans tout ça.”(E5), “Je lui ai dit qu'il faudrait en parler à la police, ça serait déjà pas mal.”(E12).*

Avec confiance et dans le respect de la temporalité du patient, *“Tu essayes de faire le lien, donc la mise en confiance, puis après, tu lui expliques que les démarches qu'il faut qu'elle fasse, c'est ça.”(E10), “Elle ne veut pas aller en foyer parce qu'elle y est déjà partie [...] les enfants au bout d'une semaine ils s'ennuyaient donc : “je suis rentrée”.”(E6).*

Des outils concrets sont aussi utilisés : flyers, numéros d'urgence, contacts vers les réseaux spécialisés, *“Sur mon bureau, j'ai des petits flyers de victimes de violences intrafamiliales. Si les personnes le prennent, c'est qu'ils en ont besoin.”(E12), “Je sais qu'il y a des numéros spéciaux qu'on peut appeler.”(E1).*

3. Collaboration et réseau de soins

3.1. Des relais identifiés pour des situations complexes

Certains médecins indiquent ne plus être directement impliqués une fois que les services sociaux ont pris le relais, *“Donc tout ça, c'était suivi par l'ASE. [...] Donc moi, j'ai pas suivi l'enfant, j'ai pas vu tout ça.”(E2).*

Quelques praticiens admettent ne pas être à l'origine des signalements mais sont au courant par leur réseau, *“En général, on n’a pas nous à faire des signalements. Je sais que tous les cas un peu limites, qu’ils sont suivis par l’assistante sociale. Parce que c’est souvent des gens qui ont besoin d’aide, qui ne travaillent pas, c’est les CMU.”* (E4), *“Mais j’ai déjà discuté d’un cas d’un enfant qui était déjà suivi par la PMI et où la PMI avait dû faire déjà l’information préoccupante. Mais moi-même, j’ai jamais eu l’occasion de le faire.”* (E6).

Des professionnels cherchent à s’assurer que les relais fonctionnent correctement, *“Et donc, je lui ai demandé où ça en était avec le juge, les éducateurs, etc. pour faire un petit peu un état des lieux. Et à ce moment-là, elle demandait de l’aide, en fait. Parce qu’elle se disait, mais on ne m’écoute pas. On ne me croit pas. On ne m’entend pas. Voilà.”* (E9), *“Et si le SMS n’était pas reçu, ça veut dire que quelque part, la chaîne s’était cassée à un moment donné, qu’il fallait que je sache pourquoi. Ça, je me rassure à chaque fois.”* (E10).

3.2. Une coopération entre les différents réseaux

Des médecins ont leur réseau pour les aider dans les prises en charge, *“On a la chance d’être en milieu semi-rural et rural [...]. On les connaît. Elles nous filent un coup de téléphone.”* (E7), *“Déjà, elle est enceinte, donc elle est suivie régulièrement par la sage-femme. Après, moi, si je vois l’enfant à la naissance, de toute manière, il est suivi en PMI. Donc, il y a déjà tout un réseau qui est en place.”* (E7), *“Parce que j’en avais discuté avec le médecin de PMI en off. Il faut proposer de mettre l’enfant en crèche, qu’il soit stimulé.”* (E6).

Par ailleurs, certains peuvent organiser des réunions avec plusieurs professionnels, *“On avait fait une réunion de concertation pour lui. Comme il y avait l’orthophoniste, on a aussi une psychologue.”* (E9).

Un soignant met en avant sa propre démarche proactive de recherche de ressources ou d’autres moyens, *“J’ai commencé à chercher les associations. [...] Comment on pouvait améliorer la prise en charge.”* (E10).

Enfin, quelques praticiens expriment une certaine confiance dans les dispositifs, *“Quand c’est pris en charge, c’est bien pris en charge par les assos. Il y a toujours les enfants dedans. C’est pour ça que je n’ai pas trop l’état d’âme à me dire ce que je pourrais faire d’autre.”* (E10).

4. Suivi et accompagnement

Plusieurs médecins soulignent leur besoin de revoir leur patient rapidement, *“Dans tous les cas, je la reconvoque, je la reconvoque quelques jours plus tard ou la semaine d’après, pour voir comment elle va. Et je ne la lâche pas tant qu’elle est pas en sécurité.”* (E5), *“Après, il faudrait peut-être revoir la situation à une ou deux semaines, voir ce qui a été fait. Reconvoquer le patient, la mère pour demander un petit peu ce qui a été fait quoi.”* (E11).

Pour certains, le suivi s’inscrit aussi par les ressources spécialisées, *“Elle a amené ses enfants avec un suivi psychologique.”* (E1), *“Et il avait un rendez-vous avec la PMI prévu. Et j’avais marqué dans le carnet de santé que j’avais vu qu’il y avait eu des petites traces de morsures par le chien.”* (E6), *“Je lui ai proposé qu’il soit suivi par le CAMSP en parallèle.”* (E6), *“Au final, sans en parler, elle a accepté la cure et elle a accepté d’avancer.”* (E2).

Des praticiens initient également des démarches plus judiciaires, *“Elle me dit qu’il est suivi au CMPEA, donc je lui conseille de saisir de nouveau le juge pour enfants. Compte tenu de ce qui précède, et conformément aux meilleures lois, je vous adresse ce signalement. Et donc, j’ai adressé à la CRIP pour situation préoccupante.”* (E9).

D'autres préfèrent recentrer leur rôle sur l'évaluation clinique, *"Je ne me suis pas investie au niveau des aides sociales. Mais je me suis investie sur le plan clinique."*(E7).

Pour des professionnels ce sont les parents qui apportent la confirmation du suivi de leurs enfants, *"J'ai vu la maman, mais je n'ai pas revu les enfants. Les enfants, je ne les ai pas vus. Après, elle a bien pris soin de ses enfants."*(E1), *"Elle l'a mis en crèche une ou deux fois par semaine, justement."*(E6).

Les participants disent pouvoir être au courant des suites des procédures lors de consultations, *"Elle s'est effondrée. Du coup, elle a donné la garde à son conjoint."*(E2), *"Et lui s'est rendu compte que c'était une charge de travail importante d'avoir les enfants tout le temps [...] mais n'empêche que derrière, il y avait un jugement qui courait."*(E9).

5. Certificats médicaux et signalements : enjeux médico-légaux et judiciaires

5.1 Rédaction de certificats médicaux et implications légales

Les médecins peuvent réaliser des certificats de coups et blessures, *"Quand je récupère l'enfant, de l'autre côté, il a des bleus. Je l'amène chez le docteur. Mais déjà, faire un certificat comme ça, c'est très compliqué. L'enfant, la plupart du temps, il ne vous dit pas qui l'a tapé, comment il a le bleu."*(E1), *"Elle m'a demandé de faire un certificat médical à la demande de son avocat."*(E5), *"Et là, elle avait besoin d'un certificat qui ... qui disait, qui me demandait de confirmer qu'elle était bien sous traitement pour son post-partum et que c'était une maladie avérée et qu'elle n'était pas folle quoi. Il fallait que je fasse un certificat comme ça pour faire jouer au tribunal."*(E11).

Les professionnels ont une vigilance sur la rédaction et l'utilisation des certificats, *"Toujours la question de la légitimité de ce qu'on met dedans : des faits avérés, des faits supputés, des faits indirects."*(E2), *"Mais c'est le après, dans ces situations où les divorces sont compliqués, c'est jamais à l'amiable, comment ça peut être utilisé par la personne de l'autre côté et ses avocats ?"*(E5), *"On essaye de faire attention à ce qu'on écrit."*(E9), *"Tu fais juste une constatation des blessures physiques, tu mets éventuellement une ITT ou tu laisses ça au médecin légiste."*(E12).

De plus, certains avouent que ces tâches sont devenues pesantes, *"Heureusement, je le fais pas tous les jours. Mais oui je le fais."*(E12).

5.2 Le rôle du signalement et des interventions judiciaires

Plusieurs praticiens soulignent leur responsabilité légale, *"Comme il est mineur, moi je suis obligé de signaler. Et ce que j'avais fait."*(E3), *"Même la loi, si on a l'impression que la femme est vraiment en danger, on peut faire l'IP sans son accord, je crois, maintenant."*(E6), *"Je ne lui ai pas demandé vraiment l'autorisation, elle était au courant, il fallait faire quelque chose."*(E9).

Certains médecins constatent que les IP et leur accumulation pour un même enfant peuvent être un outil influençant des changements et alertant les autres intervenants. *"L'information préoccupante, finalement, c'est pour qu'ils aient un autre regard sur le foyer et que ce soit suivi."*(E5), *"L'idée, c'est quand même que ce soit relaté quelque part, et puis que, par exemple, s'il y a trois IP en un mois, là, on va se dire, il y a peut-être un truc à faire."*(E6), *"On lui a dit qu'on allait faire un signalement pour essayer de faire bouger un petit peu les choses. Qu'il y ait de nouveau un passage devant le juge pour enfants."*(E9), *"Je pense que c'est une situation qui va rapidement s'améliorer avec une procédure judiciaire en cours."*(E11).

Devant certaines situations, les soignants déclenchent une procédure immédiate, *“Un enfant qui a mal aux fesses et il a une dilatation de l'anus. Deux centimètres. [...] Là, non, j'ai appelé le conseil de l'ordre, j'ai signalé le nom. J'ai appelé le procureur de la République.”*(E10), *“Le problème c'est que je n'avais pas l'enfant sous la main. Donc là j'ai dû appeler le gendarme.”*(E4).

La prise de décision prend en compte la possibilité de récurrence du danger, *“J'estimais qu'il y avait pas que ce cas-là, et qu'il pouvait y avoir d'autres personnes en souffrance à cause de cette personne, et qu'il fallait interrompre, il fallait que la justice tranche sur cette situation.”*(E3).

Les professionnels émettent des réserves sur la réalisation des IP, *“Pour moi, il faut que ce soit justifié, une information préoccupante, sinon t'en fais à tour de bras [...] Je pense que ça pourrait être fait dans les situations plus difficiles.”*(E11).

D- Obstacles et besoins rencontrés par les médecins généralistes

1. Contraintes organisationnelles, institutionnelles et réglementaires

1.1. Contraintes temporelles et structurelles

Les médecins regrettent le manque de temps pour gérer les situations, *“En tout cas au moment initial c'est pas toujours évident d'ouvrir la boîte parce que quand on a déjà une demi-heure, 3/4 heures de retard, il y a cette notion de temps.”*(E2), *“Parce que je n'y pense pas. En fait, ils ne viennent pas pour ça. Et déjà, rien que le temps de régler tous les problèmes. Et à la rigueur, même quand c'est un enfant et que c'est pour une otite, une angine, ça va un peu plus vite.”*(E9), *“Mais quand ça arrive, c'est un moment où on est un peu démunie, on ne s'en souvient plus. Et donc, il faut prendre le temps. Il faut prendre le temps de rechercher les informations et de savoir.”*(E9).

Les soignants manquent de clarté sur les actions qu'ils peuvent entreprendre, *“Moi, je n'ai pas d'idée claire, ce que je peux faire, ce que je ne peux pas faire, ce que j'ai le droit, ce que je n'ai pas le droit.”*(E4), *“Je pense que dans les cas où je ne suis pas vraiment formée à ça, je pense que j'appellerais le conseil de l'ordre. Et je demanderais ce que j'ai le droit de faire.”*(E5).

Les témoignages font état de difficultés d'organisation et de coordination, *“Après, c'est vrai que l'accès aux médecins est quand même compliqué aujourd'hui, et ce ne sont peut-être pas les sujets prioritaires qui passent dans nos consultations.”*(E3), *“Et les situations à risque, en général, sont connues. Les services sociaux les connaissent.”*(E4).

1.2. Contraintes institutionnelles

Certains médecins ont un regard critique sur le système de prise en charge, *“Et puis, ce n'est pas à coup d'allocations qu'on règle les problèmes.”*(E7), *“Le système, il n'est pas gentil avec nous, madame.”*(E8).

Quelques praticiens aimeraient avoir une réévaluation par d'autres sans que cela ait un impact direct sur la famille. *“[...] ça me permettrait de pouvoir me décharger de cette responsabilité là en me disant moi j'ai une situation où je n'arrive pas très bien à l'évaluer je sais pas s'il y a vraiment une inquiétude ou pas mais du coup j'en parle en équipe alors là l'équipe c'est la CRIP mais je transmets une information à la CRIP en me disant, ou à quelqu'un d'autre, ou à un tiers*

ou une asso ”(E2), “Pas forcément en anonyme, mais d’avoir une enquête sans forcément... Oui, je ne peux pas être anonyme. Non, je pense qu’il ne faut pas. On est les médecins traitants des gens. On peut dire aux gens qu’on va contacter l’organisme X qui va s’approcher de vous pour essayer de faire un petit peu le point sur la situation que vous vivez à domicile.”(E1).

Les professionnels rapportent des situations où la sécurisation immédiate des victimes n’a pas pu être assurée, *“Il y a pas un réseau qui fonctionne et qui permet de dire qu’on va sécuriser tout de suite l’enfant, ou tout de suite la femme, ou tout de suite la personne vulnérable.” (E1), “Je crois que j’ai appelé le numéro SOS femme battue, des trucs comme ça. [...] on m’a répondu qu’on a rien. Donner nos coordonnées à la jeune femme, “hum” d’accord, [...] C’est à toi de te démerder.”(E6), “C’est triste. Je me sens démunie sur le plan, pas sur le plan du relais, le relais, il y a ce qu’il faut, mais on est démunis, c’est triste.”(E7).*

Les médecins expriment des doutes concernant leur efficacité ainsi que sur celle du système, *“On a l’impression qu’on s’est débarrassé du problème. Y aura-t-il une efficacité à cela ? Un couple qui se déchire, qui continue de se déchirer, on emmène le petit chez le psychologue pour qu’il puisse décharger tout ça au psychologue.”(E3), “Les situations, elles se dénouent pas très vite, quoi.”(E6).*

Certains praticiens font état d’un manque de retour après des signalements ou des actions, *“Mais j’ai jamais les suites derrière donc après je sais pas.”(E12), “Mais on n’a pas de retour, on ne sait pas ce que ça donne. On n’a pas d’entretien entre collègues, confraternels, juste pour nous dire, est-ce que ce que vous avez fait, est-ce que c’était pertinent de faire ce signalement ? Sur quoi ça a pu déboucher ? [...] Je ne sais pas pourquoi le secret médical est pas partagé dans les situations préoccupantes. Parce que nous, ça ne pourrait être qu’un mieux. Après, peut-être qu’ils ont peur qu’après, nous, on en parle, mais je ne vois pas où est le secret là-dedans. Enfin, ça me choque. Je trouve que c’est contre-productif.”(E9).*

1.3. L’impact des politiques et des réglementations

Certains rapportent ressentir de l’angoisse face à l’obligation de signaler, *“Et on voit que cette IP a généré une angoisse, l’angoisse du placement, a généré beaucoup de choses. Alors que c’était juste une IP, c’était pas un signalement, c’était juste pour qu’il y ait un regard extérieur de la CRIP là-dessus. Mais ça a généré beaucoup de choses chez elle et au final.”(E2), “Alors je sais que tout ça, c’est défini par la loi [...] et que la loi dit dès qu’on a un doute sur un mineur ou sur un majeur vulnérable, il faut absolument en référer, transmettre l’info, faire une IP si on estime nécessaire et qu’on peut pas mettre en avant l’idée de perdre le patient.”(E2).*

Des professionnels expriment des hésitations à faire des signalements, craignant qu’ils restent sans effet ou qu’ils entraînent des conséquences, *“Parce que du coup, ça ne m’encourage pas à en refaire un, puisqu’apparemment, il ne s’est rien passé. Et moi, j’ai mis un temps fou [...]. L’idée, ça va peut-être vous choquer, il faut qu’il y ait quelque chose de grave [...] pour qu’ils se remettent en question en se disant est ce que ce qu’on a fait c’est suffisant ? Après peut-être qu’ils n’ont pas les moyens non plus ?”(E9), “En fait, on a peur de ce que ça peut déclencher derrière en fait.”(E9).*

Un médecin signale qu’il ne pouvait pas dénoncer les violences à cause du secret médical, il y a de nombreuses années, *“À cette époque, on ne pouvait pas dire [...] S’ils portaient plainte contre moi pour violation du secret médical, ils avaient raison, j’ai morflé, c’est sûr et certain. Qu’est-ce que tu veux faire, là ! Il fallait faire quelque chose.”(E10).*

Des soignants font état de l’effet paradoxal des démarches judiciaires, *“Parce qu’on dit aux gens, allez déposer une plainte. Oui, mais vous allez à la gendarmerie, vous déposez une plainte, mais après, vous rentrez à la maison.” (E1), “C’est comme quand une femme battue*

elle sait que celui qu'il l'a battu va sortir de prison. Ça doit être terrible aussi. Là c'était un peu ça en se disant, et puis la maman en se disant de toute façon si le juge a décidé qu'ils devaient le voir, moi je peux pas aller contre donc je vais devoir lui livrer ses enfants"(E9), "Et j'ai trouvé ça très brutal, en fait dans l'attente d'avoir des certitudes, on retire les enfants. Sur une parole de quelqu'un dont on ne sait pas s'il a menti ou pas. Alors c'est compliqué. Et des fois, on se fait avoir. Même nous, on peut se faire avoir."(E10).

Les praticiens ont des doutes concernant l'expertise décidée pour certaines situations, "Un papa qui va taper son fils avec une sandale sur le bras, parce que l'enfant n'a pas fait ceci, cela, et la maîtresse a vu qu'il avait le bras tout bleu et il lui a expliqué, c'est papa qui m'a tapé et bien le papa, il a pris deux mois de prison, madame."(E8), "C'était un signalement qui était par excès. C'est ça qui me fait peur aussi. Mais les parents ont été traumatisés. Ils m'ont dit vous vous rendez compte docteur, ils nous accusent d'avoir maltraité notre enfant. On peut nous la retirer."(E4), "Il y avait donc un gros traumatisme pour la famille sur la prise en charge sociale. Je pense qu'ils ont été accusés de mauvais traitements ou de négligence [...] alors que non."(E6), "Du placement de l'enfant en fait. C'est-à-dire qu'on se dit, après des fois c'est bien, enfin pas toujours, c'est-à-dire que moi je vois des enfants qui sont placés des fois dans des conditions où je me dis en fait, est-ce que là c'était pas mieux ?"(E9), "Je pense que c'est un peu extrême. Par exemple, si je reviens au cas de la maman qui subit des violences là, je trouvais que les enfants n'étaient pas en danger. Je suis pas certain que l'information préoccupante améliore la situation des petits."(E11).

2. Obstacles personnels, relationnels et besoins

2.1. Peur de l'erreur, des jugements et gestion des émotions difficiles

Les soignants soulignent qu'ils ne sont ni formés ni préparés à faire face à des situations de violences, "Mais en ville, vous ne pouvez pas les prendre chez vous à la maison, ni la femme, ni l'enfant. Et vous ne pouvez pas non plus laisser repartir."(E1), "La violence, nous [...] On n'est pas force de l'ordre, on n'est pas habitués à la violence, et c'est quelque chose qui est déstabilisant."(E3), "J'aurais dû me préparer avant notre entretien."(E9).

Certains expriment de l'anxiété en raison du manque d'information sur la suite des événements, "On a la même crainte que les gens parce qu'on ne sait pas derrière, finalement ce qui se passe vraiment."(E6).

Des praticiens disent se sentir en difficulté face à certaines situations, évoquant un sentiment de crainte ou d'incertitude, "Si j'ai tort, forcément, les parents ne vont pas m'aimer. Je pense qu'ils vont me le reprocher."(E1), "Mais si tu fais un signalement à tort, que tu as des conséquences sur la famille, qu'il y a des répercussions après, qu'ils disent que c'est de ta faute, que tu nous as mis un petit peu le service social sur le dos... Pas top."(E4), "Mais moi, aborder le truc alors que je ne maîtrise pas le sujet derrière, j'ai du mal. Je pense que ce qui me bloque un peu, c'est quoi proposer derrière."(E6).

Certains médecins mentionnent qu'ils pensent aux réactions des autres professionnels lorsqu'ils prennent une décision, "Téléphoner j'aurais peut-être du mal c'est comme quand on appelle un spécialiste qui nous pose des questions : est-ce que vous avez évalué ça ? Est-ce que vous avez pensé à ça ? Et dire "ah" non j'ai pas pensé à ça."(E2).

Des professionnels expriment un malaise lorsqu'ils doivent signaler une situation, en tant que médecin traitant, "Parce que la famille m'a dit que c'était le docteur (nom) que c'était de sa faute, qu'à cause de lui on n'a plus d'enfant."(E4), "En gros, tu es responsable alors que tu es leur médecin traitant. Oui, j'aime pas parce que c'est notre rôle, on doit le faire. J'ai un

sentiment de trahison.”(E4), “Oh c'est compliqué ! C'est pas des situations que j'aime gérer du tout [...] On se positionne dans une place qu'on ne devrait pas avoir.”(E6).

Quelques praticiens rapportent que certaines situations vécues restent présentes en mémoire longtemps après les consultations, *“Même que je sais que je l'appellerai les jours d'après, parce que je vais forcément y penser.”(E5), “Six mois plus tard, je n'ai pas l'adresse, je ne sais plus qui c'est. Je ne peux pas dénoncer un tel ou untel. Qu'est-ce que tu fais ? Je garde ça dans ma mémoire.”(E10).*

2.2. Besoins en formation et en outils

Certains médecins expriment un besoin de formations spécifiques, tout en soulignant des interrogations concernant leur organisation et leur fréquence, *“Tout ce qui est certificat qui atteste des traces de violences, on n'est pas bons dessus. On les fait parce qu'on les fait, mais on n'a pas une formation.”(E1), “Après, j'ai pas fait de signalement, parce que c'est complexe.”(E3), “Je verrais bien une petite formation. Alors là, la question, c'est quand la faire ? Je pense que, dans l'internat, honnêtement, on est tellement volontaires, on a tellement envie de se préparer à l'après-internat que pour moi, c'est le moment où il faudrait le faire.”(E5), “[...] d'avoir une formation d'une demi-journée, pourquoi pas.”(E11).*

Des formations ont déjà permis à un participant d'évoluer dans ses pratiques, *“Enfin, je sais que l'enfant est une victime. Je le savais pas à l'époque, je n'avais pas fait ma formation.”(E2).*

Des professionnels préfèrent des formations courtes et pratiques avec des mises à jour, *“J'ai pas de formation. Ouais mais après toujours des formations. Et des formations. On en a marre à un moment. On ne peut pas se former pour tout. Et puis après le problème c'est quand on voit pas la chose de façon régulière, on oublie.”(E12), “La chose vraiment pratico-pratique, la mise en situation, elle pourrait être hyper bénéficiaire et c'est quelque chose que t'oublieras pas.”(E5).*

Les soignants souhaitent également un accès à des outils concrets et des protocoles d'action, *“Et dans nos cours, on nous fait warning violence aux enfants, c'est le genre de choses qu'il faut chercher, mais je ne sais pas comment le faire. Et concrètement, dans cette consulte, comment l'amener ? Je sais pas le faire.”(E2), “Connaître des outils s'il y en avait, effectivement. Il y a sûrement des associations, il y a sûrement des outils qui existent. Après, la problématique des outils, c'est qu'on sait s'en servir quand on a besoin de s'en servir régulièrement. Quand on ne s'en sert pas régulièrement, on maîtrise pas les outils.” (E3), “Qu'il y ait un protocole. Je pense qu'il n'y a pas besoin de formation très poussée là-dessus, mais avoir une ligne d'action. Savoir ce qu'on peut faire, et qu'est-ce qu'on doit faire.”(E4).*

Des outils, comme des questionnaires à remplir par les patients, sont considérés comme une solution pouvant être efficace, *“Et en fait, quand tu te débrouilles bien, c'est pas très chronophage. Les gens, quand ils remplissent, ils mettent une ou deux minutes.”(E10).*

2.3. Tensions dans la relation triangulaire médecin–enfant–parent et dans la relation professionnel-patient

L'alliance thérapeutique est décrite comme un levier essentiel du soin, *“Pour moi l'alliance c'est à dire la confiance du patient envers le médecin qui est un de nos outils plus efficaces que les médicaments [...] et donc là cette alliance serait rompue donc on reviendrait au stade qu'on a aussi souvent dû donner moi mon ordo et laisser moi partir sur le mode j'ai rien à vous dire et j'ai pas envie de lâcher et s'il se passe un truc je vous le dirai pas de toute façon.”(E2), “Beaucoup de parents ont honte. Ce n'est pas qu'ils veulent nous cacher ou nous mentir.”(E8).*

Certains rapportent que la relation de confiance se construit dans le temps et qu'il est difficile de l'établir durablement, *"La relation de confiance avec le patient, elle doit s'acquérir pour moi."*(E5), *"Je suis pas mal à l'aise mais j'ai pas beaucoup d'armes. J'aimerais être leur confident."*(E11), *"Médecine sans confiance, c'est compliqué, quand tu vois une personne la première fois dans la rue "ben" tu ne lui confies pas tes enfants."*(E12).

Un participant exprime le besoin de reconnaissance, *"Je pense pas qu'il n'ait pas dit merci, je me souviens plus. Je me souviens plus s'il m'a remercié."*(E3).

Le signalement est perçu comme un acte pouvant entraîner une rupture, *"C'est une mise en accusation et donc du coup on ne peut pas rester neutre face donc oui je pense que 100% des patients sont très impactés et en veulent au rédacteur."*(E2), *"Mais là, c'est un peu les balancer. C'est en gros le médecin qui est notre médecin de famille, de confiance, qui nous a trahis. Moi, je ressens ça comme ça."*(E4), *"Est-ce que quand on fait un signalement, on est forcément mis dans la boucle et les gens sont au courant qu'on a fait le signalement ? Et du coup, forcément, on a fait le signalement, les gens ils reviennent plus nous voir."*(E6), *"C'est revenu aux oreilles du papa qui a appelé le médecin en question, qui l'a pourri."*(E6).

Certains expriment des préoccupations concernant une possible méfiance du patient, *"Moi, je me sentirais un peu mal à l'aise. Pour eux, ça veut dire qu'ils vous font plus confiance quoi."*(E4), *"On aurait peur qu'ils ne nous disent pas tout. Qu'ils choisissent ce qu'ils veulent nous dire par la suite."*(E4), *"Mensonges par omission ou même mensonges directs."*(E2), *"Tu peux perdre la confiance du patient. Donc potentiellement il va plus revenir."*(E12).

Des médecins expriment des préoccupations quant à la préservation de la relation de confiance, tout en devant prendre en compte la protection de l'enfant, *"Je pense que les parents vont changer le rapport qu'ils ont par rapport à moi."*(E1), *"On peut pas les écarter de leurs parents, c'est leurs parents. Comment on protège les enfants d'un parent qui a une personnalité, qui ne changera jamais ?"*(E3), *"Si je vois qu'il y a un danger important, bien sûr pour ma conscience, tant pis. Si les parents m'en veulent à mort, c'est pas grave. D'ailleurs, ils doivent m'en vouloir, mais moi j'ai fait mon rôle. Et c'est pas grave, je vais pas mourir, je m'en fiche."*(E4), *"C'est sans doute un blocage que j'ai perso peut-être là-dessus, mais qui a travaillé peut-être plus par ignorance et en me disant mais qu'est-ce que je vais en faire derrière en fait ? C'est peut-être plutôt ça."*(E6).

2.4. Respect de la vie privée et limites de l'intervention

Certains professionnels veulent respecter l'intimité familiale, sans être intrusifs, *"J'ai peur de tout bloquer, moi juste par une question, au lieu de tout débloquer, et que parce qu'elle me connaît pas et que je viens mettre le point où ça ne va pas, et bien ça ferme tout."*(E5), *"Nous, vous savez, on n'a pas le droit d'entrer dans la vie privée, c'est cette pudeur qu'il faut respecter. Parce que du moment qu'ils ne veulent pas nous le raconter, moi, je ne veux pas."*(E8).

Les témoignages mentionnent des difficultés à clarifier et questionner certaines situations perçues comme ambiguës et sans certitude de changement, *"Il ne faut pas qu'on se cache derrière ça, mais quand même, on ne vit pas tous de la même manière. Ce qui peut nous paraître négligeant est peut-être quelque chose d'acceptable pour l'enfant, finalement, niveau affectif et développemental, que par exemple, si on l'enlève à ses parents, ça ne sera peut-être pas la meilleure solution."*(E9), *"C'est pas une question d'envie. Est-ce qu'il y aurait vraiment des résultats ? C'est ça. Si je me rends compte que j'ai jamais de oui à la question."*(E11).

Certains soignants interrogent les causes et conséquences profondes de la violence, *"En conclusion, pour ouvrir le débat, quid de ces hommes qui les amènent à être violents. Est-ce qu'il faut pas prendre aussi le problème à l'envers ? Là, les femmes violentes, les violences*

faites aux femmes, est-ce qu'il ne faut pas régler le problème ? À la base, c'est toujours pareil. Qu'est-ce qui se passe pour que l'homme picole, tape sur sa femme ?”(E7), “Quand vous voyez un homme de 55 ans pleurer en cellule, vous savez, il faut beaucoup. Ça fait de la peine.”(E8), “Et je pense, entre autres, à ce papa qui a eu deux mois de prison, parce qu'il a donné un petit coup de savate à son fils. Malheureusement, je pense qu'aujourd'hui, il a grandi, il a mûri, le fils est devenu quelqu'un.”(E8).

2.5. Problèmes de confidentialité et peur des représailles

Les médecins ont des questionnements concernant le secret médical et le partage d'informations, “C'était le secret médical. Non, non, on n'avait pas le droit. Donc, il fallait vraiment faire très attention.”(E10), “Et être dépositaires d'un secret médical et normalement, on n'est pas censés faire des connexions. Et ça, c'est compliqué.”(E3), “Des fois, les gens m'appellent pour poser des questions. Qu'est-ce que vous avez vu ? Qu'est-ce que vous avez entendu ? Machin... Il y a des choses que je ne peux pas non plus balancer.”(E4).

Les praticiens rapportent des difficultés liées au manque d'anonymat et mentionnent des préoccupations concernant les représailles, “Peut-être éventuellement, envoyer une info sans que ça puisse nous revenir dessus en disant que tout le monde soit au courant, que ce soit nous qui avons donné l'information.”(E6), “C'est pas forcément une mauvaise chose qu'il n'y ait pas cet anonymat mais pour moi, à titre individuel c'est un frein.”(E2), “On a pas de retour et c'est pas normal qu'après. Parce que quelque part un conjoint violent qui a appris qu'on a fait un signalement en parlant de lui, qu'est ce qui peut faire vis-à-vis de nous ? En même temps, est-ce qu'il y a vraiment un intérêt qu'il sache que c'est nous ? Pourquoi désigner la personne qui a fait le signalement ? Est-ce que c'est pertinent à l'heure actuelle où on parle de protéger les soignants ? Moi ici quand j'ai fini, je suis toute seule n'importe qui peut entrer, on a mis un interphone à partir de 18h.”(E9), “Tu sais pas quelles répercussions ça aura sur toi. Est-ce que la personne ciblée va pas s'énervé ? [...] Donc, ça peut être un frein au fait de la faire. Le fait que ce soit pas anonymisé peut avoir des conséquences sur sa personne.”(E11), “Nous aussi on est des humains, on est attaquables, on est pas finalement protégés donc à la fois on risque de perdre la famille et ne plus la suivre ce qui est quand même dommageable pour les enfants et à la fois on peut être une proie pour celui qui est maltraitant.”(E9).

3. Freins liés aux patients

Certains patients montrent des réactions partagées face aux propositions de prise en charge ou aux démarches de signalement, “Ils voulaient rien faire, ils me déposent ça, ils voulaient rien faire, et moi j'ai outrepassé leur désir en disant, bah non, je suis obligé maintenant de signaler.”(E3), “Il y en a une qui vient à chaque fois pour faire constater les coups, mais qui ne veut rien faire du tout.”(E6).

Les résistances peuvent aussi se traduire par un refus de suivi, “Elle a eu très, très peur que je leur mette les services sociaux sur le dos. Il y a eu un gros blocage sur la prise en charge là-dessus où ils ont jamais accepté de venir plus. Bon, finalement, l'enfant continue à grandir.”(E6).

Certains médecins notent la passivité des patients, ce qui semble engendrer chez eux un sentiment de lassitude, “[...] de stopper un petit peu tout ça, parce que les gens au final sont complètement assistés. C'est bien, il faut aider mais il faut qu'eux se prennent en charge et quand on leur dit, ils n'ont pas envie du tout.”(E7).

Ils mentionnent des préoccupations concernant l'impact possible sur l'équilibre familial, *“Mais je vous ai dit, en même temps, ici, dans la campagne, c'est tout petit, donc les gens, une fois qu'il se passe un événement comme ça, la famille, elle éclate.”*(E8).

Certains soignants rapportent que le contexte social et économique peut amener les patients à adopter certaines formes de renoncement, *“Elles n'étaient pas prêtes, en fait. Non, elles n'étaient pas prêtes, et elles avaient peur. Elles n'étaient pas prêtes parce qu'elles avaient peur, ou elles n'étaient pas prêtes parce que c'était le saut d'un inconnu ? Qu'est-ce qui allait se passer après ? Tu n'as pas d'appart, tu n'as pas de revenu pour certaines, tu as les enfants. Donc, le rôle du père est quand même un peu prégnant parfois. Et c'est ce qui peut comprendre qu'il y a des fois, elles refusaient. Mais c'était très rare.”*(E10).

4. Tensions et divergences entre acteurs

4.1 Divergences de perception et répartition des responsabilités

Certains professionnels semblent assumer des responsabilités sans que leur rôle ne soit clairement défini, *“C'est les grands-parents qui ont appelé le SAMU. Donc on se dit qu'ils sont au courant de la situation. Ils sont responsables aussi. Mais on les connaît pas, les grands-parents.”*(E2), *“Et au final, elle est persuadée que c'est l'UCLA qui a fait, alors que... Donc UCLA, c'est pas nous.”*(E2).

Les médecins expriment des interrogations sur certaines fonctions et rôles, *“Et puis les gendarmes qui lui ont rigolé au nez, enfin c'était compliqué parce que les gendarmes, comme elle est déficiente mentale “ben” on la croyait ou on ne la croyait pas.”*(E6).

4.2 Communication difficile et coordination insuffisante

Les praticiens pointent des difficultés de compréhension avec les autres intervenants, *“Les services sociaux sont un peu tombés là-dessus. La mère, qui était vraiment en pleurs, avait peur qu'on lui enlève l'enfant. Finalement, ils se sont rendu compte qu'il n'y avait rien.”*(E4), *“On est surpris, moi j'étais surprise que pour mon signalement il ne se passe rien et la patiente à qui on a retiré les enfants au départ je n'ai pas compris. Donc à un moment donné quand il y a une incompréhension c'est vraiment embêtant si on ne comprend pas les décisions. Si là on avait un retour, peut-être que ça serait plus facile pour après accompagner nos patients.”*(E9), *“J'ai une de mes collègues où ça a été compliqué, parce que il y a eu c'est même pas un signalement qui a été fait, elle, elle a appelé l'assistante sociale pour discuter d'un cas et derrière, l'assistante sociale s'est servie de ce coup de fil pour dire au papa que le médecin était très inquiet pour l'enfant et que du coup, il y avait eu un signalement de fait, alors qu'elle, elle n'avait rien fait.”*(E6).

4.3 Besoin de prendre en compte le contexte familial et culturel

Certains médecins mentionnent que la réflexion doit être adaptée dans des situations comme celles des parents en cours de divorce et suggèrent que les signalements pourraient être effectués par les parents eux-mêmes, *“Ça vaudrait peut-être le coup, justement, quand on est pris entre deux, je pense surtout aux parents séparés qui sont en cours de divorce. Et de dire peut-être que c'est à eux, finalement, de faire les signalements.”*(E6), *“C'était l'époque où beaucoup de mamans, les années 2000, il y a eu beaucoup d'incarcérations des époux ou des papas. Les époux, parce que les femmes, elles faisaient un abus, un excès de zèle, en disant que mon mari, si elle voulait divorcer, en disant que mon mari, il essayait de faire des attouchements sur ma fille et il n'y avait aucune preuve, madame. Et le papa était incarcéré, il pleurait.”*(E8).

Des professionnels insistent sur la nécessité de prendre en compte le contexte familial, éducatif et culturel dans les décisions de signalement, *“Mais je pense qu'avant de mettre des maîtresses, avant de signaler des juges, avant de condamner, je pense qu'il faut réfléchir sur le contexte familial, éducatif, l'origine culturelle, madame, culturelle, voilà.”*(E8), *“Et ici il y a plus de 4 millions de Maghrébins, pourquoi on ne peut pas le savoir ? Non, c'est parce qu'il y en a qui ne veulent pas le savoir. Et c'est trop facile de mettre en prison.”*(E8).

4.4. Besoins en ressources

Les praticiens mentionnent l'importance d'avoir des liens réguliers avec les structures spécialisées et d'identifier les personnes ressources, *“Avoir des liens avec la CRIP c'est important et les renouveler, dire le fait qu'elle soit présentée dans le cas de la CPTS ou le fait d'identifier les personnes, de voir comment elles travaillent et tout ça.”*(E2), *“Par exemple, pour les violences sur les enfants, comment faire un signalement ? Moi, je ne l'ai jamais vu en stage. Comment ? Je sais qu'il faut faire le signalement auprès du procureur mais j'appelle qui ? Je fais comment ? Où va l'enfant ? Je pense que j'appellerai le conseil de l'ordre.”*(E5), *“C'est d'avoir plus de ressources, savoir qui contacter. C'est vrai que ça, je me suis pas renseigné dans le coin comment faire. Peut-être avoir plus de solutions, enfin, de savoir comment faire sur les procédures.”*(E11).

4.5. Besoin d'échanges avec les pairs, de soutien émotionnel

Les médecins consultent souvent leurs collègues pour discuter des cas difficiles et obtenir des conseils, *“J'ai une suspicion d'agression chez un enfant je vais lui dire attendez je vais aller voir avec un confrère plus âgé que moi. C'est plus sympathique pour qu'on discute entre nous.”*(E1), *“Du coup, j'ai fait ce que je fais dans ce cabinet, quand je suis un peu dans la panade. J'ai appelé la médecin que je remplace.”*(E5).

Les échanges entre collègues permettent pour certains d'apprendre de leurs expériences, *“Quand il y a des situations compliquées, on en parle entre nous et puis c'est vrai qu'on se donne les tuyaux les uns les autres. Ça nous rappelle une situation qu'on a déjà gérée et qu'on a peut-être mieux gérée.”*(E6).

Les soignants consultent leurs collègues pour valider leurs perceptions et leurs décisions, *“Parce que je me suis dit, est-ce qu'on a la même vision des choses ? Est-ce qu'on pense la même chose ? Et auquel cas, on fait quelque chose.”*(E9).

Les professionnels peuvent reporter leurs décisions en attendant des réunions de concertation, *“Ça dépend de ce que lui attend de son médecin.”*(E4), *“Je pense que je prendrais pas les décisions dans l'immédiat. J'en parlerais, par exemple on a un staff hebdomadaire pour parler des cas difficiles. Je pense que j'en parlerais à ce moment-là. Après, on verra ce qu'on fait.”*(E11).

Les médecins soulignent l'importance de leur réseau professionnel et des ressources externes pour les démarches, *“Il suffit juste d'utiliser son réseau. Avec les médecins, le conseil de l'ordre, des médecins qui ont de l'expérience et qui ont déjà vécu ça. Comme une personne ressource, qui peut t'appeler et qui peut après te guider sur les démarches à faire.”*(E12).

Discussion

I- Réponse à la question de recherche et comparaison à la littérature

A- Reconnaissance des violences

L'ensemble des participants interrogés signale des difficultés dans l'identification des signes de violence. Le repérage est perçu plus simple lorsqu'il s'agit de marques physiques visibles, bien que leur interprétation reste hétérogène et puisse être accompagnée de justifications plausibles (9). Certains professionnels vont par exemple minimiser une "simple tape" mais pour d'autres cela va permettre de justifier la rédaction d'un certificat. De plus, la reconnaissance des autres formes de violences (psychologiques, économiques) reste variable. Les violences occasionnelles ou mal comprises sont perçues comme moins graves par les praticiens. Toutefois, plusieurs soignants expriment une vigilance aux changements ou étrangetés de comportements ainsi qu'à la dynamique familiale. Selon une étude quantitative, un tiers des médecins interrogés jugent que leur connaissance des signes de maltraitance est insuffisante, voire très insuffisante (19) ce qui est concordant avec les constats exprimés par les professionnels.

Selon l'expérience des praticiens, les situations de violence semblent davantage présentes en cas de précarité économique, d'isolement social, d'antécédents de violence, de séparation du couple, de dépendances et de pathologies psychiatriques. En effet, la HAS qualifie ces éléments de facteurs précipitants de violence (20, p. 30) et en identifie d'autres tels que le jeune âge, l'exposition à la violence conjugale durant l'enfance, la maltraitance, la grossesse, les situations de handicap, etc. Cependant, la prise en compte de ces facteurs dans l'évaluation clinique et l'accompagnement reste variable selon les professionnels.

Certains soignants trouvent qu'il est plus facile de repérer les signaux lorsqu'ils connaissent la famille, ce qui peut toutefois entraîner des erreurs d'interprétation. Il est à noter que certains praticiens se sentent rassurés par l'absence de signes de violence lorsqu'un suivi antérieur a été assuré par d'autres confrères. Pourtant, des médecins soulignent que les victimes peuvent mettre plusieurs années avant de révéler les violences subies, rendant ainsi cette absence de signalement potentiellement trompeuse. De son côté, la Fédération Wallonie-Bruxelles a associé plusieurs collectifs pour élaborer un dossier intitulé "*Un enfant exposé aux violences conjugales est un enfant maltraité*". Ce document présente, en partie, les nombreuses formes de violences auxquelles sont exposés les enfants ainsi que leurs conséquences possibles dans un contexte de violence conjugale telles que des difficultés de concentration, d'insécurité, d'être potentiellement instrumentalisé par le parent auteur, des troubles psychosomatiques, d'intégrer un modèle relationnel basé sur les rapports de pouvoir, etc (21). Cela met encore plus en lumière la diversité des signes de souffrance des enfants et souligne les difficultés de repérage dans le temps.

Des soignants justifient certains actes de violence en les reliant à des schémas culturels et ils peuvent mettre en cause la victime ou les instances qui ne les respecteraient pas. Pourtant, la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) rappelle que les violences conjugales touchent les femmes de tous âges, origines, milieux sociaux et catégories socioprofessionnelles et qu'aucune situation ne peut justifier la violence (22). De même, l'Organisation des Nations Unies (ONU) dans sa déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes affirme qu'aucune coutume, tradition ou croyance ne justifie ces actes (23).

Certains professionnels perçoivent les tensions conjugales comme faisant partie du quotidien familial et peuvent en minimiser l'impact. Ils vont par exemple considérer que l'absence intermittente de l'agresseur ou l'attente du départ des enfants du foyer suffit à réduire les risques pour ces derniers. Cette sous-estimation peut être mise en perspective de manière critique avec la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant qui insiste sur leur interdépendance (24). Parmi eux, le besoin de sécurité est considéré comme un méta-besoin c'est-à-dire qu'il est la condition essentielle à la satisfaction des autres besoins : physiologiques, de santé, de protection, de sécurité affective et relationnelle, de repères (règles et limites), d'apprentissage, de construction de son identité, avec estime et valorisation de soi (15, p. 22-23). Ainsi, si ce besoin de sécurité n'est pas pris en compte, cela peut avoir des conséquences sur l'ensemble du développement de l'enfant.

B- Posture professionnelle et réactions émotionnelles

Les entretiens révèlent que les médecins adoptent une posture d'écoute active, non jugeante et bienveillante. Tout en posant pour certains un cadre professionnel clair, incluant leurs propres limites. Si nécessaire, ils réorganisent leur planning ou leur consultation pour s'adapter au patient et à la dynamique familiale. Les soignants font attention au choix des mots, à la mise en confiance du patient et au respect de son rythme. Le MIPROF identifie quatre caractéristiques fondamentales à l'entretien qui sont la bienveillance, le respect, l'écoute active et la sécurisation. A mentionner que si les enfants et le potentiel agresseur sont présents lors de la consultation, les participants ne vont pas aborder le sujet des violences, ce qui rend la sécurisation difficile à mettre en place. Devant la gestion très difficile de ces situations, la HAS a élaboré un guide pour accompagner les professionnels dans la prise en charge de la victime en cas de violence (20, p.16).

Certains soignants se disent marqués émotionnellement face à ces situations mais aussi par la confiance que leur témoignent des patients. D'autres préfèrent maintenir une certaine distance professionnelle pour se protéger et se disent capables de mieux gérer les situations grâce à leur expérience. Plusieurs études se sont penchées sur le vécu émotionnel des médecins. L'une d'elles a montré que les émotions ressenties lors des consultations sont fréquentes. Elles peuvent influencer la prise en charge des victimes, impacter les patients suivants et parfois se répercuter dans la vie privée du praticien (25). Il apparaît donc essentiel, dans l'exercice professionnel, d'apprendre à reconnaître et à réguler ses émotions, afin de limiter leurs répercussions tant sur les patients que sur soi-même.

C- Approches et pratiques des médecins

Les médecins généralistes se positionnent comme des acteurs essentiels dans le repérage et la prise en charge des situations de violences intrafamiliales. Toutefois, ils ont chacun leurs habitudes de pratique. Certains préfèrent s'en tenir à la clinique, estimant que la prise en charge du volet social nécessiterait d'intervenir à la racine du problème, ce qui impliquerait beaucoup de temps et des compétences spécifiques. Or, dans la pratique, le rôle du généraliste dépasse parfois la stricte dimension médicale pour s'étendre à l'accompagnement des patients vers des démarches judiciaires, de protection ou autres, en fonction de leur environnement. L'étude AVIC-MG révèle que la très grande majorité (90%) des femmes victimes de violences conjugales consultent en soins primaires. Elle met en avant que 65 % des mères victimes ont consulté pour leur enfant dans l'année (26). Cela met en lumière le rôle angulaire des praticiens dans le repérage des signes de violences.

Certains soignants adoptent une démarche active et ciblée de questionnement notamment lorsqu'ils identifient des signaux de violence. D'autres, en revanche, ne vont pas chercher l'information mais une fois qu'ils l'obtiennent se sentent obligés de faire quelque chose. Une étude souligne que la majorité des femmes ont aimé ou auraient aimé que la question des violences conjugales soit abordée par leur médecin et estiment que cela fait partie de son rôle (26). Ces constats mettent en valeur les missions des professionnels et la nécessité de dépister malgré les tensions que cela engendre autour des limites professionnelles et juridiques. Un participant utilise son propre questionnaire pour faciliter le dialogue sur les violences. Plusieurs études mettent en avant le questionnaire WAST (Woman Abuse Screening Tool) qui est validé pour repérer les violences conjugales en consultation mais il trouve difficilement sa place en pratique quotidienne (27).

Les médecins se donnent comme objectif d'établir un diagnostic, d'apporter un soutien psychologique et de mettre en place des mesures de protection si nécessaire. Ainsi l'orientation vers des structures pédiatriques, psychologiques ou médico-légales apparaît comme un réflexe professionnel et dépend de chaque professionnel. Certains proposent également un accompagnement vers des spécialistes médico-légaux. La littérature met en lumière l'existence de structures spécifiques comme les Unités d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger (UAPED) et les Unités Médico-Judiciaires (UMJ) (28), (29). Dans la recherche de Claudie Roger, les médecins généralistes et urgentistes orientent vers les forces de l'ordre et les associations (30). Les sages-femmes dans l'étude de Valentine Dornier, connaissaient bien la PMI mais peu les autres réseaux (31). Les différentes études et cette recherche mettent bien en valeur que chaque soignant a ses habitudes d'orientation et n'a pas connaissance de toutes les structures existantes. De plus, pour la plupart des participants, le suivi des patients victimes fait partie de leurs missions. Cependant, comme ils vont être suivis sur le long terme et de façon régulière, certains praticiens se déchargent volontairement sur les structures.

Certains médecins insistent sur l'importance de prendre en compte le contexte familial et culturel dans l'évaluation des situations de violence. La nécessité de le considérer est également soulignée dans la littérature. En effet, l'ignorer pourrait mener à des malentendus, des interventions inappropriées, d'où la nécessité d'évaluer chaque situation de manière nuancée (32).

D- Prise en charge des enfants et situations complexes

Certains soignants s'interrogent sur le vécu des enfants dans un climat de violence mais ne posent pas systématiquement la question de leur présence au domicile lorsqu'un parent rapporte des faits de violences conjugales. Bien que certains reconnaissent que les enfants peuvent être affectés, tant directement qu'indirectement, à court et à long terme, ils ne mesurent pas toujours l'ampleur de ces souffrances. De nombreux rapports dénoncent une sous-estimation des conséquences des violences conjugales et recommandent d'effectuer une évaluation systématique de la présence et du bien-être des enfants dans leur foyer. De plus, il est souligné que les partenaires violents peuvent adopter des comportements particuliers tels que limiter l'accès aux soins, prendre la parole à la place des enfants ou manipuler la perception des soignants (33), ce qui doit entraîner une vigilance de la part des professionnels.

Les enfants exposés à des violences conjugales sont peu pris en compte par les médecins, la prise en charge étant souvent centrée sur le conjoint victime. Les enfants sont perçus par certains praticiens comme de simples témoins et non comme des victimes à part entière, ce constat est également fait dans la littérature. Celle-ci souligne que la prise en charge peut aussi être centrée sur la dyade parent-enfant (34, 35).

Par ailleurs, la quasi-totalité des participants reconnaissent être en difficulté pour communiquer avec les enfants, notamment au sujet des violences, et à obtenir des informations fiables de la part des parents. Ces obstacles peuvent limiter leur capacité à détecter des situations de danger ou à mettre en place des actions adaptées. De plus, les praticiens expriment également une gêne à confronter l'agresseur en consultation. A souligner qu'un seul médecin a abordé directement avec les parents, les répercussions des conflits ou des comportements violents sur leurs enfants. Dans d'autres études, il est retrouvé le même constat souvent expliqué par la crainte des représailles et de rompre la relation (35). Face à ces difficultés, la MIPROF a élaboré des guides d'entretien destinés à accompagner les professionnels dans leur approche (9, p.8).

Le comportement ambivalent de certains patients complique l'intervention des médecins. Ils peuvent minimiser les signes de violence, refuser toute démarche de protection ou adopter des comportements d'évitement (absences répétées aux rendez-vous, rejet des soins), entraînant un sentiment d'impuissance chez les soignants. Selon une étude, le refus de soins pourrait entraîner soit une rupture de la relation thérapeutique, soit au contraire renforcer le dialogue (36). Parmi les praticiens interrogés, ces derniers ressentent plutôt une impression d'éloignement qu'une aide à la discussion.

La tension autour du secret médical est causée par la peur des représailles et de la rupture du suivi médical. Par conséquent, cela influence les choix des professionnels. Certains préfèrent maintenir le lien plutôt que de signaler des faits. Ils vont laisser du temps aux patients, introduire un espace de parole, soutenir le soin. Ils soulignent le manque de médecins et le fait d'être quasiment la seule ressource en soins primaires. Dans le département du Cher, la majorité des zones sont classées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) (37), ce qui amplifie la complexité de prise en charge et renforce la volonté des praticiens de garder le lien avec leurs patients.

E- Obstacles rencontrés par les médecins à la gestion des situations de violence

Certains professionnels présentent une forme de déni, en refusant d'admettre qu'il soit possible de faire du mal à quelqu'un et particulièrement aux enfants. Ce phénomène, également rapporté dans la littérature est associé à un risque de répétition des violences. Il est souvent lié à un manque de connaissance et à certaines croyances chez les praticiens (38). Muriel Salmona décrit que le déni peut être également lié à un conflit avec l'image des personnes, un inconfort à aborder ces sujets, une méconnaissance du psychotraumatisme et encore une peur de mal faire (39). Certains éléments ont d'ailleurs pu être exprimés par les participants.

L'attitude des médecins face aux situations de violences conjugales est fortement influencée par leur expérience, leur personnalité, leur formation, leur ressenti, mais aussi par les contraintes professionnelles. Ils évoquent les mêmes obstacles pour aborder le sujet : le manque de temps, leurs limites de questionnement dans l'intimité des patients, l'incertitude de repérage, la difficulté à juger la véracité des récits, la crainte de devoir rédiger des certificats, la peur des conséquences de leurs actions ou de leurs mots, le risque de nuire à l'alliance thérapeutique, la difficulté à trouver sa place surtout en tant que remplaçant ou de jeune installé. Ces freins sont également bien documentés dans la littérature (34), (35). La majorité des soignants indiquent qu'ils manquent de temps pour faire correctement les choses en raison de leur planning surchargé et de l'absence de la mention du motif, qui permettrait d'adapter le temps de consultation. Selon une étude quantitative multicentrique, lorsque le patient n'évoquait pas un appareil spécifique dans son motif de consultation, celui-ci n'était pas retrouvé dans le diagnostic final (40). Ce qui peut aussi expliquer le retard dans le repérage et donc dans l'adressage des victimes pour la prise en charge des violences. L'un des apports de l'étude est la mise en évidence que les jeunes praticiens évoquent un sentiment d'illégitimité, souvent

associé au syndrome de l'imposteur. Cela pouvant entraver leur décision ou la délégation à un collègue. Une étude menée auprès des internes de médecine générale de la faculté de Nantes a révélé que 59% des participants présentaient ce syndrome, avec une prévalence plus élevée chez les femmes (41).

De nombreux professionnels ne sont pas informés de leur responsabilité légale de signaler une situation de danger pour un mineur co-victime de violences conjugales. Néanmoins, la rédaction du certificat de coups et blessures est la plus réalisée car elle est considérée comme utile et obligatoire. Les praticiens prêtent une attention particulière à la formulation, veillant à ce qu'elle ne porte préjudice ni au patient, ni à eux-mêmes. De plus, les IP sont reconnues comme pouvant être des outils permettant de débloquent certaines situations, de transmettre des éléments d'inquiétude à d'autres intervenants ou services. Cependant, très peu sont réalisées par les médecins (Annexe 1). La thèse de Grégoire Lucie souligne que cette réticence s'explique par la diversité des situations rencontrées, la peur des répercussions négatives et le manque de pratique (42). Ces freins sont aussi rapportés par les participants.

F- Besoin de soutien et de collaboration entre professionnels

Il existe de nombreuses tensions dans les relations interprofessionnelles à cause d'un manque de clarté sur les rôles de chacun, d'une communication pas toujours optimale, des malentendus et des interprétations divergentes. Ce sont des obstacles bien documentés dans les travaux sur la protection de l'enfance. Odette Masson souligne que ces échanges conflictuels sont souvent entretenus par un manque de reconnaissance des compétences respectives, ainsi que la peur de confronter différents avis ou de découvrir des problèmes difficiles à gérer (43).

Certains professionnels sont même méfiants envers des situations impliquant la gendarmerie et les services sociaux en dénonçant des réactions inappropriées ou disproportionnées. Des praticiens vont s'assurer que la chaîne de soins fonctionne en passant des appels auprès des patients ou des associations. Le rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) souligne que le cloisonnement entre les diverses professions et institutions entrave la coordination nécessaire à la protection efficace de l'enfance (44). Ces observations mettent en avant de réelles difficultés d'échanges pluriprofessionnels pourtant indispensables à une prise en charge optimale.

Les soignants se sentent insuffisamment formés et isolés face aux situations de violence. Ils expriment une incertitude concernant les procédures, ainsi qu'une méconnaissance des droits, des démarches autorisées et des relais existants. Une étude quantitative décrit que plus de trois quarts des médecins estiment que leur formation est insuffisante (19). Ce flou est renforcé par l'absence de retours suite aux signalements, ce qui provoque une perte de dynamique et de motivation chez les professionnels. Ils souhaitent des formations concrètes et continues mais aussi des outils pratiques (protocoles, fiches, numéros), ainsi qu'un soutien entre pairs et autres intervenants pour pouvoir échanger et prendre des décisions de façon plus sereine, en partageant la responsabilité des choix. Ces données sont retrouvées de très nombreuses fois dans la littérature (34), (35), (42).

II- Forces et limites de l'étude

La méthode qualitative semblait être la plus appropriée, l'objectif de cette étude étant d'explorer le vécu et l'expérience des médecins généralistes face aux répercussions des violences conjugales sur les enfants présents au domicile familial. Cependant, puisqu'il s'agit de mon premier travail en analyse qualitative, le biais d'investigation ne peut être totalement exclu.

Toutefois, j'ai réalisé tous les entretiens, ce qui a permis d'assurer une cohérence dans leur conduite et leur approche. De plus, les participants ont choisi le lieu et nous ne nous connaissions pas, ce qui a favorisé un climat de confiance et une liberté d'expression limitant ainsi le biais relationnel.

L'utilisation de la visioconférence a permis de recruter un plus grand nombre de professionnels et malgré la rencontre en présentiel quelques jours auparavant, elle a pu entraîner des biais tels que l'attention sélective ou une forme de distanciation émotionnelle.

Les praticiens devaient raconter leurs souvenirs de consultation et de prise en charge, entraînant alors des risques d'imprécisions, d'oublis et de modifications de leurs propos, autrement dit un biais de mémoire.

Il n'y a pas eu de retour des participants concernant la retranscription de leurs entretiens. Cependant l'analyse ouverte a fait l'objet d'un double codage des données, ce qui a limité le risque de biais d'interprétation.

De plus, un biais de recrutement pourrait avoir influencé les résultats. En effet, l'étude a été réalisée auprès de médecins volontaires qui sont probablement plus sensibles à ce sujet. De nombreuses demandes d'entretien n'ont pas abouti et deux soignants ont finalement annulé leur rendez-vous. Néanmoins, l'échantillon était varié en termes d'âge, de localisation et de type d'exercice.

Enfin, avec seulement 12 entretiens réalisés auprès de médecins généralistes dans le département du Cher, la transférabilité des résultats reste limitée.

III- Hypothèses et perspectives

L'étude avait pour objectif d'explorer le vécu des médecins généralistes exerçant dans le département du Cher face aux répercussions des violences conjugales sur les enfants présents au domicile familial.

Il serait pertinent d'élargir cette recherche aux médecins de la PMI qui sont souvent mieux formés et sensibilisés aux enjeux de la protection de l'enfance, ainsi qu'aux pédiatres avec leur patientèle exclusivement composée d'enfants et donc une plus grande richesse d'expérience. En élargissant la population d'étude nous pourrions enrichir les données.

Certains médecins ont pu créer leur répertoire d'interlocuteurs privilégiés au fil de leurs années d'exercice. Cependant, les résultats montrent aussi que des praticiens se sentent isolés dans la déclaration et la prise en charge de patients victimes de violence. De plus, le manque de retour d'information sur la situation est souvent mentionné et provoque un sentiment de désinvestissement de la part des praticiens. Il pourrait être intéressant d'étendre cette étude à d'autres départements dans lesquels il existe un réseau très structuré avec des échanges rapides et faciles ainsi que des retours des mesures. Cela permettrait d'étudier l'impact de ces dispositifs

sur les pratiques. En allant plus loin, nous pourrions créer un site internet répertoriant les coordonnées des professionnels pour des échanges sécurisés, ainsi qu'un espace de suivi et de retour des démarches qui ont été entamées par les soignants.

Sur le site internet de la CRIP du département du Cher (45), nous avons facilement accès à leur numéro de téléphone et leur adresse email. Il est aussi noté le numéro d'appel 119 "enfance en danger". Des affiches avec ce téléphone pourraient être placées dans les salles d'attente (46). La thèse de Marie-Laure Thibaut Marquant suggérait que les affiches avaient un rôle d'information mais pouvaient être source d'angoisse (47). Ainsi, il serait intéressant d'évaluer si cela favorise les déclarations.

L'attention portée sur les enfants, désormais considérés comme des co-victimes des violences conjugales, s'intensifie. Toutefois, certains participants interrogés se questionnaient aussi sur la visibilité des hommes victimes. Des recherches commencent à explorer ce sujet, par exemple Élise Hardoin souligne dans le cadre de sa thèse que les médecins légistes tendent à accorder plus de jours d'incapacité totale de travail aux femmes victimes qu'aux hommes (48). Cela ouvre une piste de réflexion sur les représentations genrées de la violence et les pratiques professionnelles.

Les praticiens expriment un besoin de formations initiales et continues, plus rapides et concrètes sur le thème des violences avec une attention particulière à l'enfant victime des violences conjugales. Ils sont en demande de pistes pour introduire le sujet, repérer les signes et améliorer les conduites à tenir une fois l'information obtenue. Ainsi, il pourrait être pertinent d'instaurer un certificat médical et une revalorisation des consultations pour les grands enfants et adolescents (à 6 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans), comme l'examen des 24 mois, avec un temps si possible sans les parents, permettant de mieux connaître le jeune, d'instaurer une relation de confiance et d'aborder des sujets plus sensibles. Par ailleurs, certains outils comme le référentiel publié par le MIPROF (9), intitulé « *L'impact des violences au sein du couple sur les enfants* », fournit de nombreuses indications pour mener un entretien et des aides aux prises en charges. Une meilleure connaissance de ces ressources permettrait de mieux épauler les soignants.

Les médecins sont également en demande d'outils pratiques et simples. Il pourrait être pertinent d'envisager la création de grilles d'entretien rapidement utilisables lors de la consultation. De plus, il serait intéressant de diffuser et d'améliorer le baromètre des enfants (49), sur le modèle du violentomètre pour les relations de couple (50), afin de permettre aux jeunes de s'approprier l'outil et par la suite de favoriser la parole en consultation. Par ailleurs, des aides à la déclaration pourraient être développées, par l'intermédiaire de formulaires préremplis, disponibles en ligne de façon sécurisée, pour rédiger une IP comme cela est proposé en Loire-Atlantique (51).

De plus, au vu des freins exprimés par les participants à l'idée de signaler les violences, il serait pertinent de réfléchir à des alternatives. Cela pourrait passer, par exemple, par une évaluation préliminaire moins intrusive ou par une forme de confidentialité en cas de doute sur certaines situations. La création d'un groupe de travail pour étudier la faisabilité de ces moyens pourrait être intéressante.

Pour finir, d'autres recherches pourraient s'intéresser à l'impact des signalements sur les relations entre les parents-enfants et le médecin, ainsi qu'aux répercussions éventuelles sur le suivi médical. Il serait également pertinent d'explorer le rôle des professionnels dans l'accompagnement des auteurs de violences.

Conclusion

Le nombre d'enfants vivant dans un foyer où sévit la violence conjugale est important. Ils sont maintenant considérés comme des victimes à part entière. Les conséquences néfastes sur leur développement global et tout au long de leur vie sont indéniables. Ainsi, il est indispensable de les repérer précocement et de proposer un accompagnement adapté à chacun.

Le médecin généraliste, en tant qu'interlocuteur privilégié est dans l'obligation légale d'agir quand un mineur est en danger. Les professionnels doivent faire face à de nombreux dilemmes moraux, éthiques et légaux liés à la complexité des situations.

La peur des représailles, la crainte d'altérer la relation de confiance avec les familles et le manque de retour de la part des institutions sont les principaux freins aux signalements.

Il semble nécessaire d'instaurer une meilleure sensibilisation aux répercussions des violences conjugales sur les enfants, ainsi que d'améliorer la collaboration entre les différents acteurs impliqués dans la protection de l'enfance. Cela permettrait de sécuriser les intervenants et d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, sociale et judiciaire) plus efficiente.

Références Bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Ministère de la justice. Les violences au sein du couple. [Internet]. 2023. Disponible sur : <https://www.justice.gouv.fr/grands-dossiers/violences-au-sein-du-couple>
3. Centre Hubertine Auclert. Décryptage de l'Observatoire n°3 : Droit et protection des enfants co-victimes de violences conjugales, quelles évolutions ? [Internet]. Disponible sur : <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/actualites/decryptage-de-lobservatoire-ndeg3-droit-et-protection-des-enfants-co-victimes-de>
4. Ministère de l'Intérieur. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple pour l'année 2022. [Internet]. Disponible sur : <https://mobile.interieur.gouv.fr/Publications/Securite-interieure/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-pour-l-annee-2022>
5. Brown E, Mazuy M. Les violences conjugales dans un contexte de séparation. Informations sociales. 2022 novembre ;207(3):98-105.
6. Ministère de la Justice. Un tiers de divorces en moins de 15 ans. Infos Rapides Justice, n°19 [Internet]. 2024 novembre. Disponible sur : https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/Infos_rapides_justice_n19_1.pdf
7. Institut National de la statistique et des études économiques (INSEE). En 2020, 12 % des enfants dont les parents sont séparés vivent en résidence alternée - Insee Première - 1841 [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5227614>
8. Ministère de la justice. Décret n° 2021-1516 du 23 novembre 2021 tendant à renforcer l'effectivité des droits des personnes victimes d'infractions commises au sein du couple ou de la famille - Légifrance [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000044359485>
9. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Livret d'accompagnement du court-métrage de formation Tom et Léna : l'impact des violences au sein du couple sur les enfants. [Internet]. 2023 janvier. Disponible sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>
10. Déclic Violence. Le médecin généraliste face à l'enfant exposé aux violences [Internet]. Disponible sur : <https://declicviolence.fr/p/le-medecin-generaliste-face-a-lenfant-expose-aux-violences>
11. Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE). L'organisation et le fonctionnement de la protection de l'enfance [Internet]. Disponible sur : <https://onpe.france-enfance-protegee.fr/les-chiffres/chiffres-nationaux-protection-de-lenfance/lorganisation-et-le-fonctionnement-de-la-protection-de-lenfance/>
12. Gouvernement. Plan 2023-2027 contre les violences faites aux enfants : 22 actions pour agir [Internet]. info.gouv.fr. Disponible sur : <https://www.info.gouv.fr/actualite/plan-2023-2027-contre-les-violences-faites-aux-enfants-22-actions-pour-agir>
13. République Française. Article 226-14 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049532171
14. Haute Autorité de Santé (HAS). Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. Livret 2 : Le circuit de recueil et de traitement des informations préoccupantes [Internet]. 2021 janvier. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_-_livret_2.pdf

15. Commission Indépendante sur l’Inceste et les Violences Sexuelles faites aux enfants (CIIVISE). Violences sexuelles faites aux enfants : repérer et signaler. Livret de formation des professionnels « Mélissa et les autres » [Internet]. 2023 juin. Disponible sur : <https://www.ciivise.fr/sites/ciivise/files/2024-10/Livret-de-formation-CIIVISE-juin%202023.pdf>
16. Observatoire national de la protection de l’enfance (ONPE). Le suivi de la mise en place des indicateurs d’activité des CRIP [Internet]. 2021 juin p. 12-14. Disponible sur : https://onpe.france-enfance-protegee.fr/wp-content/uploads/2023/12/note_indicateurs_crip_2021.pdf
17. Jean-Pierre Lebeau, Isabelle Aubin-Auger, Jean-Sébastien Cadwallader, Julier Gilles de la Londe, Matthieu Lustman, Alain Mercier, Agnès Peltier. Initiation à la recherche qualitative en santé. Editions Global Média Santé et CNGE Productions. 2021 janvier.
18. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 2007. 19 (6): p. 349 – 35.
19. Bonnet C. Maltraitance infantile : repérage et prise en charge : étude des pratiques chez les médecins généralistes du Jura en 2013. Besançon : Université de Franche-Comté. UFR Sciences de la Santé ; 2014.
20. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Méthode Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2019 juin, ; mise à jour 2020 décembre. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf
21. Centre de Prévention des Violences Conjugales et Familiales. Un enfant exposé aux violences conjugales est un enfant maltraité. Bruxelles ; 2013. p.76-82. Disponible sur : https://www.cpvcf.org/wp-content/uploads/EnfantExposeViolenceConjugale_publication.pdf
22. Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF). Ecrivain public biographe. Paroles d’hommes et de femmes [Internet]. Disponible sur : <https://parolesdhommesetdefemmes.fr/fnsf-federation-nationale-solidarite-femmes-france>
23. Nations Unies. Déclaration sur l’élimination de la violence à l’égard des femmes [Internet]. 1993. Disponible sur : <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
24. Martin-Blachais MP. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l’enfant en protection de l’enfance [Internet]. 2017 février. p. 3. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_du_rapport_besoins_fondamentaux_de_l_enfant.pdf
25. Soulard C, Stamer M. Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne : quelles conséquences et quelle gestion ? 2017 décembre. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01671908>
26. Deparis N, Rudelle K, Lévêque C, Fréminville H de, Bœuf-Gibot S, Lambert C, et al. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur Médecin Généraliste (AVIC-MG), une étude descriptive. Santé Publique. 27 juin 2024;36(3).
27. Rolland C. Que proposent les professionnels de santé du Sud-Gironde pour favoriser l’utilisation du questionnaire WAST dans le dépistage des violences conjugales ? Expérimentation à l’aide d’un focus groupe composé d’une sage-femme et huit médecins généralistes [Internet]. [Bordeaux] ; 2023. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04066375v1/file/Med_generale_2023_Rolland.pdf
28. Juston R. Les enfants d’abord ? La prise en charge médico-légale des mineurs entre soin et expertise. Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d’anthropologie

- de la santé [Internet]. 7 novembre 2018. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/3538?utm>
29. Centre Hospitalier Jacques Cœur - L'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) : un service devenu indispensable en quelques mois ! [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.ch-bourges.fr/lunite-medico-judiciaire-umj-un-service-devenu-indispensable-en-quelques-mois/>
 30. Roger C. Prise en charge et orientation des victimes de violences conjugales par les médecins généralistes [Internet]. [Marseille] ; 2021. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03185581v1/file/Th%C3%A8se%20Claudie%20corrig%C3%A9.pdf>
 31. Dornier V. Violences et grossesse : analyse des pratiques professionnelles de 49 sage-femmes de l'agglomération messine sur le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes enceintes en 2019-2020 : étude épidémiologique quantitative, descriptive, multicentrique, utilisant des questionnaires anonymes [Internet]. [Metz] ; 2020. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870527v1/document>
 32. Mohamed A. Les violences intra-familiales en situation d'hétérogénéité culturelle : rôle et apports de la thérapie familiale psychanalytique. *Le Divan familial*. 2005 ;14(1) :219-32.
 33. American Academy of Pediatrics. Intimate Partner Violence: Role of the Pediatrician [Internet]. Pediatrics. Disponible sur : <https://publications.aap.org/pediatrics/article/152/1/e2023062509/191564/Intimate-Partner-Violence-Role-of-the-Pediatrician>
 34. Leroux-Moga A. Enfants exposés aux violences conjugales : étude qualitative auprès des médecins du Pays Basque. 26 octobre 2021. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03425298>
 35. Alastuey A. Enfant et violences conjugales : ressenti des médecins généralistes en pratique courante en Ile et Vilaine. [Internet]. [Rennes] ; 2020. Disponible sur : <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/cf26ff32-14b8-4d10-b045-1b06d99b2fc4?inline>
 36. Masson E. Le ressenti de médecins généralistes face au refus de soins des patients : une étude qualitative [Internet]. EM-Consulte. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1353199/le-ressenti-de-medecins-generalistes-face-au-refus>
 37. Agence Régionale de Santé (ARS) Centre Val de Loire. Zonage médecin en Centre-Val de Loire [Internet]. 2025. Disponible sur : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/zonage-medecin-en-centre-val-de-loire>
 38. Greco C, Masson E. Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni [Internet]. EM-Consulte. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/973188/maltraitance-faite-aux-enfants-entre-meconnaissance>
 39. Roland N, Salmona L, Morand É, Salmona M. Impact des violences sexuelles : le rôle des professionnels de santé Dans le cadre de la campagne « Stop au Déni ». *Médecine*. 1 juin 2016 ;12(6):285-8.
 40. Dahan ÉS. Valeur prédictive des motifs de consultation en médecine générale : étude quantitative de la prédictibilité des plaintes par appareil [Internet]. [Paris] ; 2024. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04814897v1/file/5_Medecine_Generale_Dahan_Elie_Sacha_these.pdf
 41. Chauvin V. Le syndrome de l'imposteur : étude auprès des internes de médecine générale de la faculté de Nantes [Internet]. [Nantes] ; 2023. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04232831v1/document>
 42. Grégoire L. Vécu du médecin généraliste suite à la transmission d'une information pré-occupante à la CRIP 76 entre 2018 et 2019. 21 janvier 2021. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03182199v1/file/Gr%C3%A9goire%20Lucie.pdf>

43. Masson O. L'enfance maltraitée : Difficultés de communication entre professionnels et institutions [Internet]. Karthala; p. 61-75. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/l-enfance-maltraitee--9782865372959-page-61>
44. INSERM. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. La science pour la santé [Internet]. 2013 juin. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/rapport/prevenir-la-maltraitance-des-enfants-par-le-renforcement-du-role-des-medecins-et-de-la-coordination-entre-secteurs-professionnels-juin-2013/>
45. Département du Cher. Procédure pour signaler [Internet]. 2024 juillet. Disponible sur : <https://www.departement18.fr/Procedure-pour-signaler>
46. France Enfance Protégée. Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger : documentations [Internet]. Disponible sur : <https://www.allo119.gouv.fr/communication-documentation>
47. Marquant T. La prévention par exposition d'affiches dans les salles d'attente des médecins généralistes : une étude qualitative sur le ressenti des patients [Internet]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2018. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01886823v1/file/Thibaut%20Marquant%20Marie-Laure.pdf>
48. Hardoin É. Hommes victimes de violences conjugales : une analyse des pratiques médico-légales en Haute-Normandie [Internet]. [Rouen] ; 2024. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04787949v1/file/Elise%20Hardoin.pdf>
49. Ministère de la justice. LE VIOLENTOMETRE DES ENFANTS [Internet]. CDAD Rennes. 2024 mars. Disponible sur : <https://www.cdad-ca-rennes.fr/le-violentometre-des-enfants-2/>
50. Loire-atlantique.fr. Le violentomètre : 23 questions pour repérer les comportements violents dans le couple [Internet]. Disponible sur : https://www.loire-atlantique.fr/44/violences-faites-aux-femmes/le-violentometre-23-questions-pour-reperer-les-comportements-violents-dans-le-couple/c_1358391
51. Loire-Atlantique. Recueil d'éléments d'inquiétudes, de danger ou de risques de danger. [Internet]. Disponible sur : <https://demarche.loire-atlantique.fr/direction-enfance-familles/recueil-info-preoccupante/>

Annexes

Annexe 1 : Tableau de recueil des informations entrantes et des informations préoccupantes de la CRIP du département du Cher (18) pour les années 2023 et 2024.

Informations entrantes
Période du 01/01/2023 au 31/12/2024

Total CRIP 18	2023		2024	
	Nb enfants	Nb dossiers	Nb enfants	Nb dossiers
Informations entrantes (IE)	2 629	1 325	2 622	1 365
qualifiées de préoccupantes (IP)	1 424	811	1 259	691
ayant donné suite à une évaluation	1 268	744	1 007	602
ayant donné suite à un signalement	408	222	268	142

Total CRIP 18	2023		2024	
	Nb enfants	Nb dossiers	Nb enfants	Nb dossiers
Pourvoyeurs IE				
01-Enfant lui-même	3	2	4	4
02-Parents	28	18	30	19
03-Autres membres de la famille	24	16	18	12
04-Autre particulier (anonyme et voisin...)	131	60	101	60
05-119	198	95	181	89
06-Autres départements	150	101	201	126
07-Education nationale	457	274	495	295
08-Hôpital	129	83	121	90
09-Médecin libéral	35	17	30	17
10-Autre institution sanitaire et sociale	105	62	70	52
11-Autre service social et association	89	59	92	53
12-Procureur	176	132	278	188
13-Juge des enfants	63	42	44	31
14-Justice sans distinction	8	5	6	3
15-Gendarmerie - Police	633	331	530	302
16-Elus	10	5	5	3
17-Mairie / CCAS / cantine / accueil périscolaire	25	18	38	24
18-CD18 direction ou service	362	204	374	206
19-Autre	3	3	4	4

Incluant des faits de violences conjugales	2023		2024	
	Nb enfants	Nb dossiers	Nb enfants	Nb dossiers
Informations entrantes (IE)	726	340	627	300
qualifiées de préoccupantes (IP)	417	218	352	161
ayant donné suite à une évaluation	394	213	300	153
ayant donné suite à un signalement	131	71	72	33

Total CRIP 18	2023		2024	
	Nb enfants	Nb dossiers	Nb enfants	Nb dossiers
Pourvoyeurs IE				
Incluant des faits de violences conjugales				
01-Enfant lui-même				
02-Parents			5	3
03-Autres membres de la famille	10	6	7	4
04-Autre particulier (anonyme et voisin...)	24	12	8	6
05-119	47	18	25	11
06-Autres départements	23	16	37	18
07-Education nationale	67	35	67	30
08-Hôpital	41	24	32	19
09-Médecin libéral	12	4	2	1
10-Autre institution sanitaire et sociale	6	4	9	6
11-Autre service social et association	8	7	14	7
12-Procureur	35	21	73	38
13-Juge des enfants	2	2	5	2
14-Justice sans distinction	2	2	5	2
15-Gendarmerie - Police	376	172	250	127
16-Elus			1	1
17-Mairie / CCAS / cantine / accueil périscolaire	2	2	11	6
18-CD18 direction ou service	70	36	76	36
19-Autre	1	1		

Annexe 2 : Courrier d'information destiné aux médecins participants et envoyé avant l'entretien

Chères consœurs, chers confrères,

En tant que médecin généraliste remplaçante, je réalise ma thèse sous la direction du Dr GALMICHE Isabelle, docteure et ancienne directrice de la Protection Maternelle et Infantile du Cher.

Nous cherchons à explorer comment les médecins généralistes du Cher réagissent aux répercussions des violences conjugales sur les enfants présents au domicile.

C'est pourquoi, je vous sollicite pour participer à un **entretien dans le lieu de votre choix ou en visioconférence** visant à recueillir votre expérience et vos opinions sur ce sujet.

Les données recueillies au cours de l'entretien seront entièrement anonymisées et uniquement utilisées dans le cadre de cette étude.

Avec votre accord, notre entretien fera l'objet d'un enregistrement audio. Je m'engage à les détruire une fois la recherche terminée et de respecter la confidentialité de vos propos. Vous pourrez si vous le souhaitez, avoir accès aux verbatim de notre entretien et à la thèse au format électronique une fois le travail terminé.

Je vous contacterai au cours des prochains jours par téléphone pour savoir si vous acceptez de participer à mon étude et pour convenir d'un rendez-vous.

Je vous remercie par avance du temps que vous m'accorderez pour mener à bien ce travail.

Confraternellement

Alice DE SOUSA VERGNES

[Numéro de téléphone anonymisé]

[Adresse email anonymisée]

Annexe 3 : Notice d'information et de non opposition à votre participation à l'étude

Investigatrice principale : DE SOUSA VERGNES Alice (médecin généraliste remplaçante)

Directrice de thèse : Docteure GALMICHE Isabelle

Institution : Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG), faculté de médecine de Tours.

INTRODUCTION

Vous êtes invité(e) à participer à une étude qui cherche à explorer comment les médecins généralistes du Cher réagissent aux répercussions des violences conjugales sur les enfants présents au domicile familial.

Votre participation est entièrement volontaire et vous pouvez vous retirer à tout moment.

QUI PEUT PARTICIPER ?

Vous pouvez participer à cette étude si :

- vous êtes médecin généraliste exerçant dans le département du Cher

QU'EST-CE QUE CELA IMPLIQUE ?

Si vous acceptez, l'entretien sera réalisé **dans le lieu de votre choix ou en visioconférence**.

Il n'est attendu aucune "bonne" ou "mauvaise" réponse aux questions qui seront posées. Ce qui importe, c'est que vous puissiez partager et échanger sur votre expérience et vos opinions.

CONFIDENTIALITÉ ET PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies au cours de l'entretien seront traitées de façon anonyme. Elles seront uniquement utilisées dans le cadre de cette étude universitaire.

Notre entretien fera l'objet d'un enregistrement audio. Je m'engage à les détruire en fin de recherche et de respecter la confidentialité de vos propos. Si vous le souhaitez, vous pourrez avoir accès au verbatim de notre entretien et à la thèse au format électronique une fois le travail terminé.

QUESTIONS OU INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Si vous avez des questions, vous pouvez me joindre au [numéro de téléphone anonymisé].

N'oubliez pas de conserver une copie de ce formulaire.

ACCORD DE PARTICIPATION

Après avoir reçu les informations et obtenu les réponses à mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à l'échange décrit ci-dessus. Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon accord à ma participation à cette étude et cela quelles qu'en soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité.

J'ai bien reçu une copie de cette notice d'information et de non opposition.

Nom du participant :

Nom de l'investigatrice :

Alice DE SOUSA VERGNES

Signature du participant :

Signature de l'investigatrice :

Date :

Date :

Annexe 4 : Version finale du guide d'entretien

Explorer comment les médecins généralistes du département du Cher réagissent aux répercussions des violences conjugales sur les enfants présents au domicile.

1- Racontez-moi une situation de violences conjugales ?

Relances : tirer les ficelles de la situation

- Qu'est-ce qui s'est passé plus précisément ?
- Qu'avez-vous cherché ? Pourquoi ?

2- Comment vous êtes-vous occupé des enfants présents au domicile ?

Relances :

- Avez-vous cherché à savoir s'il y avait des enfants au domicile ?
- Si aucun enfant : racontez une autre situation où il y a des enfants.
- Comment avez-vous trouvé les enfants avant cet épisode et suite à la situation ?
- Qu'avez-vous ressenti ?

3- Qu'est-ce qui vous a aidé la première fois où vous avez vécu cette situation ? Et ensuite ?

Relances :

- Avez-vous un réseau ? Avez-vous discuté avec des collègues, de la famille, des spécialistes ... ? Est-ce important pour vous ?
- Et ensuite, lorsque vous avez été confronté à d'autres situations ? Les autres situations vous ont-elles aidées ? Utilisation ou non de l'expérience ?

4- Quelles sont les mesures, les ressources ou les structures que vous avez utilisées ?

Relances :

- Avez-vous des outils "pratiques" au cabinet ?
- Avez-vous réalisé des signalements ou des informations préoccupantes ? Comment ? Quand ? Pourquoi ? Difficultés ? Objectifs attendus ?

5- Qu'avez-vous ressenti dans la/les situation(s) décrite(s) ?

Relances :

- En fonction des données recueillies, explorez le ressenti, les émotions des médecins généralistes interrogés.
- Changement de pratique ?
- Difficultés ?
- Remarques, axes d'amélioration ?

Annexe 5 : Livre de codage axial

Concepts		Unités de sens
Perceptions et analyses des violences par les participants	Identifier les différentes formes de violence	Des signes physiques visibles
		Une observation attentive des comportements
		La complexité de la reconnaissance de violences “non apparentes”
		Des révélations qui surviennent parfois tardivement
		Les violences subies par les hommes
	Prise en compte des enfants dans les situations de violences conjugales	Des questionnements sur la perception et le vécu des enfants
		La place de l’enfant au domicile familial
		Les situations familiales complexes et les violences intrafamiliales
		La sensibilisation à l’impact des violences sur les enfants
		Les difficultés d’évaluation des violences envers les enfants
	Facteurs de vulnérabilité sociale et familiale	La précarité économique et l’isolement social
		Les dépendances et les troubles psychiatriques
		Les ruptures parentales
		Le contexte culturel
	Représentations personnelles et biais des médecins	L’interprétation en fonction du type de violences
		L’influence du contexte socioculturel sur la perception des violences
		Une confiance dans la relation et le suivi médical
		La difficulté à envisager l’existence des violences

Réactions et attitudes des médecins	Attitude professionnelle	Une posture réfléchie
		Communication et prise de décision en équipe
	Réactions et engagement	Implication du médecin
		Réactions émotionnelles
	Barrières à l'abord des violences en consultation	Barrières à l'abord des violences en consultation
	Évaluation du moment propice pour aborder les violences	Évaluation du moment propice pour aborder les violences
	Stratégies d'adaptation et d'auto-protection des médecins	Composer avec l'incertitude et les limites de son rôle
		Maintenir le lien comme stratégie de contournement
		Prendre du recul
		Une prise en charge adaptée aux enfants
Pratiques de prise en charge	Place du médecin	Un rôle médical important mais aux limites floues
		Une démarche proactive dans la détection des violences
		Réactivité du médecin
	La mission d'orientation des médecins généralistes	Une orientation adaptée en fonction des besoins identifiés
		Sensibiliser aux droits et encourager la mise en sécurité
	Collaboration et réseau de soins	Des relais identifiés pour des situations complexes
		Une coopération entre les différents réseaux
	Suivi et accompagnement	Suivi et accompagnement
		Rédaction de certificats médicaux et implications légales

	Certificats médicaux et signalements : enjeux médico-légaux et judiciaires	Le rôle du signalement et des interventions judiciaires
Obstacles et besoins rencontrés par les médecins généralistes	Contraintes organisationnelles, institutionnelles et réglementaires	Contraintes temporelles et structurelles
		Contraintes institutionnelles
		L'impact des politiques et des réglementations
	Obstacles personnels, relationnels et besoins	Peur de l'erreur, des jugements et gestion des émotions difficiles
		Besoins en formation et en outils
		Tensions dans la relation triangulaire médecin–enfant–parent et dans la relation professionnel-patient
		Respect de la vie privée et limites de l'intervention
		Problèmes de confidentialité et peur des représailles
	Freins liés aux patients	Freins liés aux patients
	Tensions et divergences entre acteurs	Divergences de perception et répartition des responsabilités
		Communication difficile et coordination insuffisante
		Besoin de prendre en compte le contexte familial et culturel
		Besoins en ressources
		Besoin d'échanges avec les pairs, de soutien émotionnel

Annexe 6 : Grille COREQ

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Y=Yes
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Y
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Y
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Y
Gender	4	Was the researcher male or female?	Y
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	Y
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	Y
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Y
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic.	Y
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Y
<i>Participant selection</i>			

Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Y
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Y
Sample size	12	How many participants were in the study?	Y
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Y
<i>Setting</i>			Y
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Y
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Y
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date.	Y
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Y
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	Y
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Y
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Y
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	Y
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Y
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction ?	Y
Domain 3: analysis and findings			

<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	Y
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Y
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Y
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	Y
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	Y
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Y
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Y
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Y
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Y

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 35.

Annexe 7 : Fiche de recueil des caractéristiques des participants

Nom (qui sera anonymisé) :

Prénom (qui sera anonymisé) :

1- Âge :

.....

2- Nombre d'années d'installation :

.....

3-Type d'exercice :

- Exercice rural / semi-rural / urbain-ville
- Seul(e), libéral(e), salarié(e), en groupe de médecins, en maison pluridisciplinaire

4- Pourcentage estimé de patientèle pédiatrique :

.....

5- Activité/spécialité supplémentaire (PMI, planning familial, addictologie, etc.) :

.....

6- Formation sur les violences conjugales et/ou intrafamiliales :

.....

Vu, le Directeur de Thèse

Bourges, le 19/05/2025

Dr Isabelle GALMICHE

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'I' followed by a series of loops and a final horizontal stroke.

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

Résumé :

Médecins généralistes face aux enfants exposés aux violences conjugales : une étude qualitative dans le département du Cher

Introduction : Depuis le décret de 2021, les enfants sont reconnus comme des victimes à part entière des violences conjugales, en raison des répercussions délétères sur leur développement global. Les médecins généralistes sont des interlocuteurs privilégiés et ont pour mission de détecter et de signaler ces violences. Cependant, ils sont peu interrogatifs et recourent insuffisamment aux outils de signalement à leur disposition.

Objectif : Évaluer de manière qualitative comment les médecins généralistes dans le département du Cher réagissent aux répercussions des violences conjugales sur les enfants présents au sein du domicile.

Matériels et méthodes : Des verbatims ont été recueillis lors d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes. Les entrevues ont été menées jusqu'à saturation des données et analysées avec une méthode inspirée de la théorisation ancrée, associée à un double codage indépendant.

Résultats : Sur la fin d'année 2024, douze entretiens ont été réalisés. Ils révèlent que la place de l'enfant est peu prise en compte dans l'évaluation des violences conjugales. Les médecins généralistes rencontrent des difficultés à identifier les formes de violences par leur diversité, leur temporalité, à contextualiser les signes et sont influencés par leurs représentations et expériences. Les professionnels se donnent comme mission de détecter, de signaler, de rédiger des certificats, d'accompagner et d'orienter les victimes. Pour gérer ces situations, ces derniers naviguent entre des dilemmes moraux, éthiques et légaux. Les praticiens rencontrent des freins liés au manque et à l'insuffisance de structures ainsi qu'à l'absence du retour de leurs actions. Ils craignent de subir des représailles, de faire des erreurs pouvant entraîner des conséquences négatives pour les familles et d'impacter la relation de confiance.

Conclusion : Les enfants co-victimes de violences conjugales demeurent insuffisamment pris en compte. Pour que les médecins généralistes, en première ligne, dépistent et interviennent de façon adaptée et individualisée, il est nécessaire de valoriser leurs missions, renforcer leur formation continue, faciliter l'accès aux ressources spécialisées et s'engager dans une meilleure collaboration entre les différents acteurs agissant dans la protection des enfants et des familles.

Discipline : Médecine générale.

Mots clés : Enfants exposés aux violences ; violences conjugales ; médecine générale ; information préoccupante ; violences intrafamiliales ; protection de l'enfance.

DE SOUSA VERGNES Alice

75 pages – 2 tableaux – 6 figures – 7 annexes

Résumé :

Introduction : Depuis le décret de 2021, les enfants sont reconnus comme des victimes à part entière des violences conjugales, en raison des répercussions délétères sur leur développement global. Les médecins généralistes sont des interlocuteurs privilégiés et ont pour mission de détecter et de signaler ces violences. Cependant, ils sont peu interrogatifs et recourent insuffisamment aux outils de signalement à leur disposition.

Objectif : Évaluer de manière qualitative comment les médecins généralistes dans le département du Cher réagissent aux répercussions des violences conjugales sur les enfants présents au sein du domicile.

Matériels et méthodes : Des verbatims ont été recueillis lors d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes. Les entrevues ont été menées jusqu'à saturation des données et analysées avec une méthode inspirée de la théorisation ancrée, associée à un double codage indépendant.

Résultats : Sur la fin d'année 2024, douze entretiens ont été réalisés. Ils révèlent que la place de l'enfant est peu prise en compte dans l'évaluation des violences conjugales. Les médecins généralistes rencontrent des difficultés à identifier les formes de violences par leur diversité, leur temporalité, à contextualiser les signes et sont influencés par leurs représentations et expériences. Les professionnels se donnent comme mission de détecter, de signaler, de rédiger des certificats, d'accompagner et d'orienter les victimes. Pour gérer ces situations, ces derniers naviguent entre des dilemmes moraux, éthiques et légaux. Les praticiens rencontrent des freins liés au manque et à l'insuffisance de structures ainsi qu'à l'absence du retour de leurs actions. Ils craignent de subir des représailles, de faire des erreurs pouvant entraîner des conséquences négatives pour les familles et d'impacter la relation de confiance.

Conclusion : Les enfants co-victimes de violences conjugales demeurent insuffisamment pris en compte. Pour que les médecins généralistes, en première ligne, dépistent et interviennent de façon adaptée et individualisée, il est nécessaire de valoriser leurs missions, renforcer leur formation continue, faciliter l'accès aux ressources spécialisées et s'engager dans une meilleure collaboration entre les différents acteurs agissant dans la protection des enfants et des familles.

Discipline : Médecine générale.

Mots clés : Enfants exposés aux violences ; violences conjugales ; médecine générale ; information préoccupante ; violences intrafamiliales ; protection de l'enfance.

Jury :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON

Directeur de thèse : Docteur Isabelle GALMICHE

Membres du Jury : Docteur Thomas GARGOT

Docteur Romain ROBERT

Date de soutenance : 19 juin 2025