



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2022 N°016

**REPÉRAGE DE L'EMPRISE, DANS LE CADRE
DES VIOLENCES CONJUGALES, EN
MÉDECINE GÉNÉRALE**

*ENQUETE DE PRATIQUE AUPRES DES MEDECINS
GENERALISTES D'Auvergne Rhone Alpes*

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 15/03/2022

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Claire ILLES née le 07/05/1994 à Marcq-en-Barœul

Sous la direction du Dr Humbert de FREMINVILLE

Table des matières

Université de Lyon.....	3
Serment d’Hippocrate.....	10
Remerciements.....	11
Abréviations	15
Introduction	16
Définitions.....	16
Cadre légal et état des lieux en France	20
Conséquences des violences au sein du couple et apport des soins primaires	22
Problématiques et questions de recherche	23
Matériel et Méthodes.....	25
Matériel	25
Recherche bibliographique	25
Schéma d’étude	26
Population source et population cible.....	26
Réalisation du questionnaire.....	27
Méthode	28
Diffusion du questionnaire.....	28
Analyse statistique	28
Résultats	30
Profil des participants	30
Profil des participants par rapport à la liste de diffusion.....	30
Profil des participants	31
Résultats concernant les violences conjugales et l’Emprise	34
Analyse bivariée: Influence de la formation spécifique sur le dépistage, la connaissance du phénomène d’emprise.....	36
Discussion	38
Discussion des résultats, validité externe	38

Connaissances concernant le phénomène d'emprise	38
Le phénomène d'emprise doit être replacé dans le cadre des violences conjugales	38
Le phénomène d'emprise doit être replacé dans le cadre des violences psychologiques	39
Le thème de l'emprise	40
L'ambivalence des victimes de l'Emprise.....	41
Dépistage des violences psychologiques et de l'emprise	42
Un dépistage lacunaire	42
Le lien avec la formation initiale ou continue	43
L'emprise comme frein au dépistage ?.....	44
Pistes d'amélioration du dépistage	45
Prise en charge des patientes et freins	46
Généralités	46
Prise en charge de l'emprise.....	47
Amélioration de la formation spécifique	48
Amélioration de la prise en charge de l'emprise	49
Une place pour la prévention en soins primaires?	50
Forces et faiblesses de l'étude, validité interne	51
Points forts de l'étude.....	51
Points faibles de l'étude et biais	52
Conclusion	55
Bibliographie.....	57
Annexes.....	62
Annexe 1 : Questionnaire de thèse	62
Annexe 2 : Mail de diffusion par l'URPS	67
Annexe 3 : Graphiques	68
Annexe 4 : Avis du comité d'éthique	71

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président	Pr Frédéric FLEURY
Présidente du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pr Carole BURILLON
Directeur Général des services	M. Pierre ROLLAND

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Dr Xavier PERROT

Secteur Sciences et Technologie :

Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences	Pr Kathrin GIESELER
Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences Et Technologies	Pr Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yannick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPé)	M. Pierre CHAREYRON
Directrice du Département Composante Génie Electrique et Procédés (GEP)	Pr Rosaria FERRIGNO
Directeur du Département Composante Informatique	Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN
Directeur du Département Composante Mécanique	Pr Marc BUFFAT



Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2021/2022

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (<i>en retraite à compter du 01/01/2022</i>)
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	Gérard	Cardiologie
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MOSSE	Pierre	Immunologie
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
MOULIN	Philippe	Nutrition
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Physiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Charles-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du

EDERY	Charles Patrick	vieillessement ; médecine générale ; addictologie
FROMENT	Caroline	Génétique
GAUCHERAND	Pascal	Physiologie
GUEYFFIER	François	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HONNORAT	Jérôme	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
KODJIKIAN	Laurent	Neurologie
MABRUT	Jean-Yves	Ophthalmologie
MERTENS	Patrick	Chirurgie générale
MORELON	Emmanuel	Anatomie
RODE	Gilles	Néphrologie
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Médecine physique et de réadaptation
TRUY	Eric	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TURJMAN	Francis	Oto-rhino-laryngologie
		Radiologie et imagerie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
HOT	Arnaud	Médecine interne
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie

PERETTI	Noël	Nutrition
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROMAN	Sabine	Physiologie
ROSSETTI	Yves	Physiologie
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
COUR	Martin	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUCRAY	François	Neurologie
EKER	Omer	Radiologie ; imagerie médicale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA	Gaëtan	Génétique
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MOKHAM	Kayvan	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PIOCHE	Mathieu	Gastroentérologie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THIBAUT	Hélène	Cardiologie

VENET	Fabienne	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	Claire	Neurochirurgie

**Professeur des Universités
Classe exceptionnelle**

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	--

**Professeur des Universités - Médecine Générale
Première classe**

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent

**Professeur des Universités - Médecine Générale
Deuxième classe**

ZERBIB	Yves
--------	------

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

CHVETZOFF	Gisèle	Médecine palliative
GAZARIAN	ARAM	Chirurgie Orthopédique

Professeurs émérites

BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
COCHAT	Pierre	Pédiatrie (<i>en retraite à compter du 01/03/2021</i>)
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
PUGEAT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARRIERE	Sybil	Nutrition
COUTANT	Frédéric	Immunologie
COZON	Grégoire	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAUX	Michaël	Pneumologie
ESCURET - PONCIN	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LEMOINE	Sandrine	Physiologie
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BOUTY	Aurore	Chirurgie infantile
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Anatomie
LACON REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LILOT	Marc	Anesthésiologie, Réanimation, Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire
VILLANI	Axel	Dermatologie, vénéréologie

**Maître de Conférences
Classe normale**

DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
GOFFETTE	Jérôme	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LASSERRE	Evelyne	Ethnologie préhistoire anthropologie
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALLO	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maitre de Conférence de Médecine Générale

CHANELIERE	Marc
LAMORT-BOUCHE	Marion

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

BREST	Alexandre
DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Laurent Fanton. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie d'accorder de l'attention à mon travail et d'y apporter votre expertise de professeur en médecine légale.

A Monsieur le Professeur Yves Zerbib, pour avoir accepté d'évaluer mon travail en participant à cette soutenance. Merci d'avoir montré de l'intérêt pour mon sujet et d'avoir su vous libérer malgré les complications de planning. Merci pour ce que vous apportez à notre faculté de médecine.

A Monsieur le Professeur Thierry Farge, pour avoir également accepté de participer à ce jury. Recevez toute ma considération et mes remerciements pour votre engagement auprès des étudiants de médecine

A Monsieur le Docteur Humbert de Fréminville, pour votre professionnalisme et votre expérience qui font le directeur de recherche intéressé et intéressant que vous êtes. Merci pour votre patience, vos encouragements et pour le temps consacré à vos nombreux étudiants et thésards.

A Madame la Docteure Cécile Morvant, votre engagement dans la lutte contre les violences faites aux femmes est pour moi exemplaire et inspirant. Merci de me faire l'honneur de partager avec vous les résultats de ce travail. Et d'apporter un peu de parité dans ce jury !

A l'URPS Auvergne Rhône Alpes, de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté de m'aider dans ma recherche en diffusant mon travail au sein de votre association. Votre mission d'aide aux thésards est précieuse et essentielle.

Aux nombreux professionnels qui ont apporté leur aide à la réalisation de ce travail, aux bibliothécaires de la BU Santé et au service de PEB, à l'association des internes en Santé Publique de Saint Etienne et notamment à Séphora Campoy pour ses conseils, à mes Maitres de Stage pour leur relecture du questionnaire.

Aux médecins généralistes dont j'ai croisé la route, qui m'ont transmis leur savoir-faire et leur savoir-être ; aux maitres de stages qui m'ont permis d'être le médecin que je suis aujourd'hui : le tout premier, Jamal Eddine, qui m'a montré la voie ; mes incroyables MSU ardéchois François, Anne et Virginie (et tous leurs collègues), qui m'ont offert une belle immersion dans la médecine rurale ; Patrick, Florent et Philippe qui m'ont confié leurs patients durant 6 mois ; Clément, Carole et Audrey (et leurs collègues là encore !) qui m'ont ouvert les portes de leurs MSP et formée en gynécologie et en pédiatrie (et bien plus).

Je ne serais pas là aujourd'hui sans votre aide, merci pour votre dévouement.

A ma famille de m'avoir soutenue jusqu'ici. Maman, Papa, vous avez toujours encouragé ma passion pour les choses compliquées, l'art, les luttes sociales et les pulls de grand-mères : j'exerce enfin un métier qui allie tout ça à merveille et je m'y sens bien ! (même si je ne pense pas qu'il y ait de bonne ou de mauvaise situation...) A mes sœurs et frère, Dorothée, Pierre-André, Antoinette, et Louise : vos univers respectifs enrichissent ma vie tous les jours. Je suis reconnaissante de tout ce qui nous lie, et nourrie de tout ce qui nous sépare. Merci d'exister et merci d'être vous !

Aux amis, aux internes, qui ont rendu ces longues années d'études bien plus drôles et bien moins pénibles qu'elles auraient pu l'être. Vous êtes innombrables, je ne citerai personne pour n'en oublier aucun. Merci aux gros copains de Lille, revuistes et faluchards, à la team de l'internat de Valence, d'Aubenas, aux colloqs d'internes mal chauffées mais bien vivantes, aux tartes au citron meringuées et aux madeleines de l'hôpital.

Aux fanfarons de France et de Navarre qui illuminent mes étés et bien plus, et tout particulièrement à ceux de la Fanfare Tractopelle, des Krapos et du Super Smash Brass : que serait la vie sans vos teu-keu-teus, vos blagues d'une finesse massive, vos (rares) fausses notes, votre bon goût vestimentaire et œnologique (on peut dire œnologique pour la Suze-Tonic n'est-ce pas?).

A la Brigade, les copains d'hier et de demain, toujours la banane toujours debout, avec vous je pourrais même repasser l'ECN et trouver ça rigolo. J'espère qu'on continuera encore longtemps à fêter les grands moments de notre vie ensemble, à chercher Matthon dans des endroits improbables, à compter les cheveux de François et à rêver aux récits de voyage de Maria ;

Aux collocs. C'est doux de partager mon quotidien avec vous. Merci d'apporter tout ce que vous êtes à notre maison et d'en faire un lieu de joie, de création linguistique et d'accueilstre inconditionnelstre.

A Irene, mon coup de cœur amical, ma partenaire de danse et de jardinage. Tu me manques. Je te préviens je vais pleurer !

A Sylvain. Merci de faire de ma vie une fête, merci pour tes brillantes idées, ta générosité et ton style parfois copié jamais égalé. Merci aussi d'écouter mes doutes, de soulager mes épaules et de sécher mes larmes. T'es mon préféré !

Le pouvoir est d'infliger des souffrances et des humiliations.

Le pouvoir est de déchirer l'esprit humain en morceaux.

George Orwell, 1984

ABRÉVIATIONS

ARA : Auvergne Rhône Alpes

ARS : Agence régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CisMef : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

CMG : Collège de Médecine Générale

CUMG : Collège Universitaire de Médecine générale

DU : Diplôme Universitaire

DUMAS : Dépôt Universitaire de Mémoire après Soutenance

ENVEFF : L'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut national d'études démographiques

IST : Infection sexuellement transmissible

ITT : Incapacité Temporaire de Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONVF : Observatoire National des Violences faites aux Femmes

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PTSD : Post Traumatic Stress Disorder

QCM : Question à Choix Multiples

SMS : Short Message Service

SUDOC : Système Universitaire de documentation

URPS : Union régionale des Professionnels de santé Libéraux

I. Introduction

1. Définitions

Les violences entre partenaires intimes (ou violences conjugales) se définissent selon l’OMS comme: « tout comportement au sein d’une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation » (1). L’Organisation catégorise ces violences en différents types de comportements : actes d’agression physique, violences sexuelles, violence émotionnelle (psychologique) et comportements tyranniques et dominateurs.

L’OMS précise que ces violences peuvent se retrouver quel que soit le milieu socio-culturel, l’appartenance religieuse ou le niveau économique, et qu’il touche dans une écrasante proportion les femmes.

En France, la définition des violences faites aux femmes est celle établie par la convention européenne d’Istanbul (2014). Elle rejoint les écrits de l’OMS « La violence à l’égard des femmes doit être comprise comme une violation des droits de l’Homme et une forme de discrimination à l’égard des femmes, et désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d’entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée. » (2)

Elle apporte des précisions sur l’origine de ces violences : « La violence à l’égard des femmes est une manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre les femmes et les hommes ayant conduit à la domination et à la discrimination des femmes par les hommes, privant ainsi les femmes de leur pleine émancipation» (2)

La position générale a longtemps été de considérer ces faits de violence comme des “affaires privées”. Lorsque l’on évoque la problématique des violences conjugales en France, on pense aux avancées majeures que ces dernières décennies ont porté, en termes d’étude du phénomène, de libération de la parole, de reconnaissance et d’accompagnement des victimes, et de législation tendant à diminuer les inégalités de genre (accès à l’IVG, avancées sur la parité, etc.)

Cependant, encore de nos jours, il est fréquent d’entendre au sujet des victimes de violences qu’elles ne font pas le nécessaire pour se sortir de leur situation, et de ce fait, qu’elles y consentent. Alors que, comme nous allons le voir, les phénomènes d’emprise et de conditionnement sont bien connus dans d’autres domaines et notamment les sectes, certains psychanalystes continuent de diffuser l’idée que les victimes ressentent « une satisfaction d’ordre masochiste à être victimes de sévices ». (3)

La part visible des violences, les coups qui indignent l’opinion publique, n’arrivent pas soudainement dans l’histoire du couple. Elles sont le résultat d’un processus d’intimidation, de déstabilisation et d’abus qui paralyse les victimes dans leur situation.

Déjà en 1999, les travaux de Lori Heise du Center for Health and Gender Equity analysaient certaines raisons qui pouvaient expliquer l’acceptation des femmes victimes, «notamment:

- la peur des représailles ;
- l’absence d’aide économique par ailleurs ;
- l’inquiétude pour les enfants ;
- le manque de soutien de la part de la famille et des amis ;
- la stigmatisation ou la peur de perdre la garde des enfants en cas de divorce ; et
- l’amour et l’espoir que le partenaire va changer.» (1,4)

Il existe un ressort majeur de cette acceptation : l’emprise psychologique.

Le Docteur Jean-Marie Abgrall, psychiatre, criminologue et expert des mécanismes des sectes, a expliqué dans plusieurs ouvrages les phénomènes de manipulation mentale. (La Mécanique des sectes, 1996, Tous manipulés, tous

manipulateurs 2003). Il s'agit de « l'ascendant intellectuel ou moral de quelqu'un ; de l'influence de quelque chose sur une personne » (6). L'emprise s'articule en deux temps : le recrutement et le conditionnement. Elle utilise la séduction, la dépersonnalisation, la reconstruction d'une nouvelle identité automatisée, via des techniques de persuasion coercitive. Par ce processus, la future victime va être privée de ses capacités de discernement et de libre décision. (5)

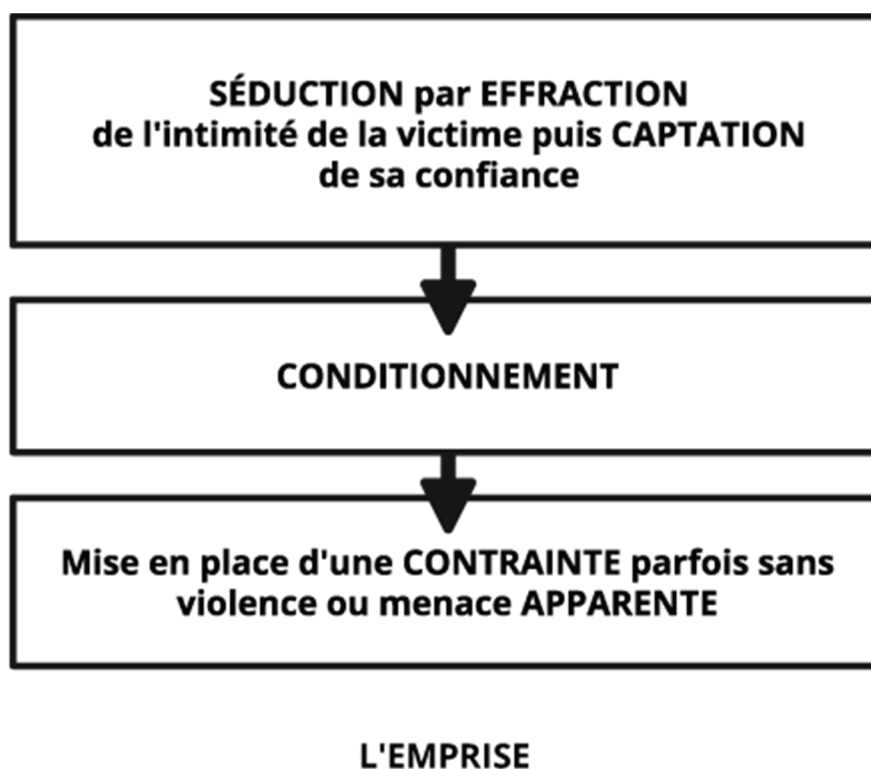
Si le Dr Abgrall s'est intéressé au phénomène dans le cadre des sectes, l'emprise a plus récemment été décrite dans le cadre des violences conjugales (Dr Muriel Salmona *Le livre noir des violences sexuelles*, Dr M.-F. Hirigoyen *Femmes sous emprise*). De la même manière, les différentes étapes de la colonisation psychique peuvent se retrouver. Elles sont décrites sur le site internet decliviolence.fr, créé par Pauline Malanche dans le cadre de sa thèse d'exercice, qui présente les mécanismes des violences conjugales aux professionnels médico-sociaux :

- Le phénomène d'emprise débute avec une phase de séduction où la rencontre est vécue comme idéale, fusionnelle, et vient retrouver les attentes d'une future victime dans un contexte de fragilité psychosociale. Ce "love bombing" va préparer la victime à la soumission. (6)
- Une fois que le lien intime est établi, suivent la manipulation, la violence et la domination. Cette manipulation repose sur différents procédés:
 - comportementaux avec une surveillance de l'autre, un isolement vis-à-vis de ses proches, une fragilisation et la création d'une dépendance financière
 - émotionnels avec de la manipulation, du chantage, des gestes hostiles et d'intimidation. L'alternance de ces châtiments avec des phases de clémence va peu à peu pousser la victime dans la confusion et l'incertitude
 - cognitifs: messages contradictoires qui peuvent paralyser la victime et la priver de ses capacités d'analyse d'action et d'opposition (6)

La conséquence de cette manipulation est la diminution de l'estime de soi, qui empêche le sens critique et l'éloignement de la personne violente.

La victime va mettre en place des processus d'adaptation :

- **“La dissociation psychique, [qui] se définit par une altération de l'identité, de la mémoire, de la conscience et de la perception de l'environnement (en lien avec un vécu traumatique). L'impuissance apprise est la diminution des capacités à trouver une solution. Elle fait disparaître le désir de s'en sortir.**
- **l'augmentation du seuil de tolérance [qui] tend à la normalisation des violences.**
- **l'inversion de la culpabilité (au détriment de la victime).**
- **la protection de son agresseur.**
- **un état de stress post-traumatique.” (3,6)**



[Schéma issu du site internet decliviolence.fr]

Récemment, dans son travail de thèse, H. Riflard fait état de la manière dont le phénomène est décrit dans la littérature: **le terme d'emprise est spécifique à la littérature francophone et se rapproche de celui de “contrôle coercitif” utilisé par**

les anglo-saxons. (7) Cette revue de littérature rend compte de la complexité du phénomène et en décrit les cinq axes majeurs :

- Le passage de la séduction au contrôle: un isolement progressif et une désensibilisation de la victime ;
- La négation de l'autonomie: une relation vécue comme une mise en esclavage psychique et physique ;
- L'instauration de la terreur, un processus ayant une répercussion majeure sur l'état psychologique des victimes (PTSD, dépression) ;
- La manipulation émotionnelle et les attitudes paradoxales. Une étude a montré le lien entre distorsion cognitive et décision de partir: plus la distorsion est importante moins les femmes réussissent à partir (8) ;
- La complexité et l'aspect dynamique du contrôle coercitif: décrit comme cyclique ou intermittent, permettant une remise en cause par la victime de son propre ressenti.

2. Cadre légal et état des lieux en France

L'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes (Enveff) réalisée par l'institut national d'études démographiques (INED) en 2000, auprès des femmes de 20 à 59 ans est une des premières à ne pas s'intéresser uniquement aux violences physiques. Elle a mis en lumière des statistiques alarmantes : dans l'année précédant l'enquête, une femme sur dix avait subi des violences exercées par son compagnon, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles, et trois femmes sur dix parmi celles qui s'étaient séparées récemment. Les pressions psychologiques y occupent une place prépondérante. (9,10)

En France aujourd'hui, il existe des lois qui luttent contre les violences psychologiques au sein du couple.

Ainsi, l'article 223-15-2 du code pénal en 2009 (11) condamne «l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse [...] d'une personne en état de sujétion

psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables.»

L'article 222-33-2-1 du code pénal en 2014 (12), quant à lui sanctionne «le fait de harceler son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale.»

Ce cadre législatif est une avancée importante car il permet de mieux reconnaître les souffrances psychologiques des victimes. Suite au Grenelle des violences conjugales de 2020, la notion d'emprise commence à prendre sa place dans les lois visant à protéger les victimes (13)

Cependant, rares sont les femmes qui porteront plainte ou oseront demander de l'aide. Les raisons sont nombreuses: peur des représailles, de ne pas être crues, honte et culpabilité, symptômes psychotraumatiques qui compliquent l'évocation des violences: mémoire traumatique, dissociation traumatique.

Ainsi, la lettre de l'ONVF (Observatoire National des Violences faites aux Femmes) de 2019 estime que sur les 213000 femmes âgées de 18 à 75 ans victimes de violences conjugales graves (violences physiques et/ ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint) chaque année, moins d'une sur 5 a déposé plainte. Les atteintes psychologiques et les agressions verbales concernent quant à elles huit victimes sur dix. (14)

3. Conséquences des violences au sein du couple et apport des soins primaires

Ces répercussions sur la santé sont bien décrites et le risque relatif pour les patientes victimes de développer des pathologies psychologiques (dépression, conduites à risque, stress post traumatiques, tentatives de suicide), gynéco-obstétriques (grossesses à risques,

fausses couches, IST, douleurs pelviennes) et médicales (lésions traumatiques, douleurs, fibromyalgies, céphalées, infections urinaires...) et significativement plus élevé par rapport à la population générale (10)

Le repérage et la prise en charge des victimes de violence est donc un enjeu majeur de santé publique. Les professionnels de santé de soin primaire, c'est-à-dire intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention (médecin généraliste, médecin urgentiste, pédiatre, gynécologue médical, gynécologue obstétricien, psychiatre, médecin du travail, sage-femme, infirmier.e, chirurgien-dentiste, masseur kinésithérapeute.) sont particulièrement concernés. En effet, ils sont des interlocuteurs privilégiés de par leur rôle de conseil, de soin, d'écoute et leur proximité.

En juin 2019, un groupe d'experts de la HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques, fruits d'une réflexion ayant pour objectifs de «renforcer l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes, favoriser le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple et faciliter la coordination entre professionnels concernés» (15)

Pour ce qui est du repérage des violences, le groupe d'experts recommande de poser des questions contextualisées systématiquement, même en l'absence de signes d'alerte. Il détaille ces signes d'alerte physiques et psychologiques devant faire redoubler de vigilance.

Il existe un nombre grandissant de supports destinés à aider les professionnels de santé à orienter les patientes. Ainsi, le gouvernement met à disposition une plateforme, arretonslesviolences.gouv.fr, qui a pour vocation d'aider les victimes, les témoins et les professionnels médico-sociaux. Ceux-ci peuvent notamment avoir accès à des formations en ligne gratuites sur différentes thématiques (violence au sein du couple, protection juridique, violences sexuelles,...), des affiches et des supports de communication ou des modèles d'écrits professionnels. (16). La formation en ligne sur les violences au sein du couple détaille le phénomène d'emprise.

Le site internet de clic violence.fr propose des fiches sous forme de boîte à outils: plan de sécurité, certificat médical, explications de l'ITT, aide au signalement judiciaire.

Il propose également un carnet d'adresse répertoriant associations d'aide aux victimes, services judiciaires, PMI, accueils d'Urgence.

Ces outils, comme d'autres (livres, conférences, formation médicale continue) sont à la disposition des professionnels qui désirent se former sur le sujet. En 2018, en médecine générale, à peine plus d'un quart des facultés abordent la problématique des violences conjugales lors de l'enseignement au cours de l'internat. (17)

4. Problématiques et questions de recherche

En connaissant ces différentes données, plusieurs questions se posent:

- Le phénomène d'emprise est-il connu des médecins généralistes en exercice? Si oui de quelle manière?
- Les médecins généralistes repèrent-ils la violence psychologique et l'emprise lors de la prise en charge de patientes victimes?
- Les conséquences de l'emprise psychologique sont-elles un frein à la prise en charge des patientes victimes?

Pour faire l'état des lieux des connaissances sur ce sujet récemment décrit, trois travaux ont été réalisés en parallèle dans le but d'étudier le phénomène sous différents angles. Une revue de littérature (7) concernant le phénomène d'emprise au sein du couple, et deux études relatives à la médecine générale plus spécifiquement : une étude qualitative (18) et une enquête de pratique pour le versant quantitatif.

Ce travail va donc faire l'état des connaissances et pratiques des médecins généralistes en matière d'emprise psychologique de manière quantitative. L'hypothèse est qu'actuellement en France il existe une méconnaissance du phénomène susceptible d'altérer la prise en charge des victimes au cabinet.

L'objectif principal de cette étude est de quantifier les connaissances et pratiques des médecins généralistes au sujet de l'emprise dans le cadre des violences conjugales.

L'objectif secondaire est de mettre en relation les formations théoriques sur les violences et la connaissance de l'emprise, le repérage des violences conjugales et la prise en charge des victimes.

II. Matériel et méthodes

1. Matériel

A. Recherche bibliographique

Le document à l'origine de cette étude a été les recommandations de bonne pratique de la HAS "Repérage des femmes victimes de violence au sein d'un couple" paru en juin 2019. Ce groupe de travail avait pour but, par accord d'experts, d'élaborer pour tous les professionnels de santé de premier recours des recommandations concernant la prise en charge et le repérage des victimes de violence au sein du couple.

Le travail préparatoire de cette étude a été réalisé à partir de formations et d'une bibliographie sur le sujet des violences conjugales et de l'emprise.

En premier lieu, la formation dispensée par le Dr Cécile Morvant à Vals-les-bains en septembre 2019, qui a servi de socle de connaissances.

Ensuite, les livres des Drs Murielle Salmona et Roland Coutanceau *Violences conjugales et famille*, *Le livre noir des violences sexuelles* du Dr Murielle Salmona et *Femmes sous emprise* du Dr Marie-France Hirigoyen.

Egalement, les sites internet de clicviolence.fr, arretonslesviolences.gouv.fr, legifrance.fr, ainsi que plusieurs conférences en ligne (Congrès du CMG, site internet du Dr Murielle Salmona)

La recherche bibliographique systématique a été réalisée sur les bases de données suivantes:

- Sherlock, catalogue de la bibliothèque universitaire de Lyon 1, a été interrogé avec les mots-clés : violence*+conjugale*+emprise+médecin*
- SUDOC, catalogue des bibliothèques universitaires de France, a été consulté grâce à l'équation : violence* (et) conjugale* (et) médecine* (et) dépistage
- Cismef, catalogue de travaux de recherche francophone, a été consulté à l'aide des mots clés : Violence* conjugale* (et) médecin*(ou) dépistage(ou)emprise : les documents

trouvés étaient des recommandations francophones de bonnes pratiques, dont celles de la HAS, et des travaux principalement de thèse qui se retrouvaient souvent avec la base SUDOC/DUMAS

- PUBMED/MEDLINE, principal moteur de recherche de données bibliographiques de l'ensemble des domaines de spécialisation de la biologie et de la médecine, a été consulté avec l'équation (spouse abuse OR partner abuse OR violence against women OR partner violence) AND (primary care OR primary health care OR General practi*) AND (screening difficult* OR detection difficult* OR coercive control OR post traumatic disorder).

Enfin, les travaux de Hélène Riflart (7) Claire Designolle et Caroline Halary (19) réalisés en parallèle de celui-ci qui ont aidé à créer le questionnaire et à mettre en perspective les résultats.

B. Schéma d'étude

Cette étude est une enquête de pratiques, descriptive et analytique.

a) Population source et population cible

La population cible de l'enquête est l'ensemble des médecins généralistes de France, cependant, pour des raisons d'accessibilité aux bases de données, la population source de l'échantillon est l'ensemble des médecins généralistes installés en Auvergne-Rhône-Alpes (ARA). Les critères d'inclusion ont été le référencement des médecins généralistes sur la base de données de l'URPS d'ARA, ce qui implique le fait d'être médecin généraliste installé en ARA. Il n'y a pas eu de critères d'exclusion d'âge, de sexe, ou de milieu d'installation.

b) Réalisation du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sur Claroline, le serveur sécurisé de l'Université, pour garantir l'anonymisation et la sécurité des données dans le respect de la Règlementation Générale sur la Protection des Données (questionnaire en Annexe)

Il est composé de 15 questions et a été pensé dans un souci de concision pour maximiser le nombre de participants. Il a été soumis à la relecture de plusieurs maîtres de stages universitaires (MSU) et au directeur de la thèse avant diffusion.

- Ses items visent dans un premier temps (Questions 1 à 6) à connaître les caractéristiques de l'échantillon de répondants, notamment sur des critères tels que l'âge, le sexe, le milieu d'exercice, les formations universitaires et FMC.

Pour la répartition des médecins en fonction de leur milieu d'exercice les données de l'URPS différenciaient Exercice en Banlieue et Exercice en Ville Isolée, le questionnaire regroupe ces catégories en "Semi Rural". Les médecins "Urbains" sont pour l'ARS "Ville Centre" et la catégorie "Rural" était la même.

- Une deuxième partie (Questions 7 à 9) interroge les participants sur leurs pratiques et connaissances théoriques générales concernant violences conjugales et violences psychologiques.
- Enfin, la fin du questionnaire (Questions 10 à 15) vise à faire l'état des lieux de la connaissance du phénomène d'emprise au cabinet, les difficultés rencontrées, les formations à ce sujet.

2. Méthode

A. Diffusion du questionnaire

Le comité d'Éthique du Collège universitaire de médecine générale (CUMG) Université Claude-Bernard Lyon 1 a donné un avis favorable quant à sa diffusion (N° IRB : 2020-03-17-02)

La diffusion a été permise sur la liste de l'URPS Auvergne Rhône Alpes via leur dispositif "Aide aux thésards de médecine générale", sollicité en avril 2020. Après avis favorable, le questionnaire a donc été envoyé aux 7331 personnes de leur liste de médecins installés en ARA. L'URPS a également fourni des statistiques disponibles sur la population source (âge, sexe, milieu d'exercice) afin de comparer celle-ci à l'échantillon.

Un mail contenant une description de l'étude (en Annexe) a été diffusé sur les listes de l'URPS le 13 mai 2020. La récolte des données s'est faite du 13 mai 2020 au 16 septembre 2020 avec 96% des réponses sur les 15 premiers jours. Il n'y a pas eu de relance.

B. Analyse statistique

Les données récoltées sont extraites en fichier Microsoft Excel pour l'exploitation.

Les questions étaient toutes à choix multiples (QCM), avec pour 4 QCM une question à réponse libre permettant une potentielle ouverture sur des données non prises en compte dans l'étude. Certaines données ont été regroupées en catégories qui nous ont semblé pertinentes au regard d'autres études réalisées sur le sujet (20) : l'âge ainsi que le nombre de prises en charge de violences dans l'année.

Les données descriptives sont présentées sous forme de tableaux et de graphiques.

Les données analysées l'ont été, en utilisant le test du Chi-2. Il s'agit du nombre de cas dépistés dans l'année, de l'existence ou non de formation spécifique aux violences conjugales, de la connaissance ou non du phénomène d'emprise, et de l'adhésion à la phrase : "Lors de la prise en charge de certaines victimes de violences conjugales, il m'arrive de ressentir de l'ambivalence dans leur discours et leur attitude : impression qu'elles sont indifférentes, récit décousu, minimisation, inversion de culpabilité..."

Pour l'analyse statistique, l'association des internes en santé publique Lyon-Saint-Etienne a apporté ses conseils.

III. Résultats

Sur les 7331 médecins généralistes installés en Auvergne Rhône Alpes au 13 mai 2020, 288 ont répondu au questionnaire soit un taux de participation de 3,9%.

1. Profil des participants

A. Profil des répondants par rapport à la liste de diffusion [Tableau 1]

	Liste de diffusion		Participants	
Sexe	(n=)	(n%)	(n=)	(n%)
Femme	N=3385	N=46,2%	N=201	N=69,79%
Homme	N=3946	N=53,8%	N=87	N=30,21%
Age	(n=)	(n%)	(n=)	(n%)
Moins de 40 ans	N=1548	N=21,1	N=113	N=39,24%
Entre 40 et 49 ans	N=1367	N=18,6	N=73	N=25,35%
Entre 50 et 59 ans	N=1674	N=22,8	N=51	N=17,71%
Plus de 60 ans	N=2511	N=34,3	N=51	N=17,71%

Milieu d'exercice	(n%)		(n%)	
	(n=)	(n%)	(n=)	(n%)
Rural	N=999	N=13,6%	N=50	N=17,36%
Semi rural	N=3102	N=42,3%	N=108	N=37,50%
Urbain	N=3230	N=44,1%	N=130	N=45,14%
Total général	7331	100,00%	288	100,00%

[TABLEAU 1. Profil des répondants par rapport à la liste de diffusion]

Le questionnaire a été diffusé à 3946 hommes (53,8%) et 3385 femmes (46,2%), les répondants sont à 69,8% des femmes et à 30,2% des hommes.

Pour ce qui est de la répartition en âge des médecins d'ARA, sur les tranches d'âge choisies (par 10 ans) les médecins plus jeunes (moins de 40 ans) sont 21,1% de la population cible et 39,24% des répondants. Les médecins les plus âgés sont les plus nombreux (34,3% ont plus de 60 ans) mais moins nombreux à répondre (17,1% des répondants).

45,14% des répondants sont des médecins Urbains, 37,5% exercent en Semi Rural, 17,36% en milieu Rural.

B. Profil des participants [Tableau 2]

Mode d'exercice	(n=)	(n%)
-----------------	------	------

En cabinet libéral de groupe	N=165	57,29%
En cabinet libéral, seul·e	N=57	19,79%
En MSP	N=61	21,18%
Exercice partagé ville/hôpital	N=5	1,74%
Formation aux violences conjugales		
Oui	N=55	N=19,10%
Non	N=233	N=80,90%
Titulaire d'un DU/capacité		
Oui	N=116	N=40,3%
Non	N=172	N=59,7%
Nombre de situations de violence conjugales en consultation en 2019		
Aucune	N=28	N=9,72%
Moins de 5	N=208	N=72,22%
6 à 10	N=37	N=12,85%
11 à 15	N=9	N=3,13%
Plus de 15	N=6	N=2,08%

[TABLEAU 2. Profil des participants]

Le mode d'exercice des médecins l'ARA n'est pas connu mais celui des répondants est à 57,29% en cabinet médical de groupe, à 21,18% en MSP et à 19,79% en cabinet médical, seul. 1, 74%, soit 5 médecins ont un exercice partagé Ville/Hôpital.

Ces médecins sont à 40,3%, soit 116 personnes, titulaires d'un DU ou d'une capacité. Il s'agit en majorité d'une formation de Gynécologie médicale ou Gynécologie/Obstétrique (27 personnes) de médecine du Sport (25 personnes). Ils se sont également formés aux Urgences et Urgences pédiatriques (13 personnes), à la Gériatrie (11 personnes), à la Pédiatrie médicale (10 personnes), à la Nutrition (7 personnes), à la Médecine Thermale (5 personnes), à la Médecine Légale (5 personnes), à la Médecine Tropicale (5 personnes), à la Psychothérapie ou Psychiatrie (4 personnes), à l'Addictologie (4 personnes).

D'autres formations ont été suivies dans de moindres proportions pour un total de 43 personnes: Phytothérapie, Acupuncture, Traumatologie, Infectiologie, Mésothérapie, Echographie, Aéronautique, Médecine hyperbare, Hypnose, Médecine du travail, Immunologie, Violences, Handicap, Santé Publique, Soins Palliatifs, Homéopathie, Santé-Solidarité-Précarité, Troubles des apprentissages, Sidologie, Oncologie pédiatrique, Médecine humanitaire, Sexologie, Médecin coordinateur, Douleur, Diabète de type 2.

32 personnes ont suivi des formations multiples.

Les personnes ayant reçu une formation aux violences conjugales sont 55 (19,1%). Il s'agit en majorité de FMC, soit durant l'internat, soit après, de formation par des associations, de cours de DU, parfois en autoformation par des livres ou au cours d'expériences personnelles.

Concernant la confrontation à des situations de violences conjugales en consultation, lors de l'année 2019, 72,22% des participants ont réalisé entre 1 et 5 prises en charge. 12,85% en ont réalisé entre 6 et 10 et 9,72% aucune. Peu de médecins ont réalisé davantage de prises en charge (respectivement 3,13% entre 11 et 15 et 2,08% plus de 15)

2. Résultats concernant les violences conjugales et l'Emprise

Concernant l'emprise, la question 8 questionnait les participants sur les différents types de violences évoqués avec les patientes lors des prises en charge.

Les violences psychologiques, verbales et physiques sont quasiment systématiquement évoquées avec les patientes: respectivement à 94,8%, 92% et 95,5%. Les violences sexuelles sont évoquées par $\frac{2}{3}$ environ des participants. Moins d'un tiers pense à évoquer la violence économique.

La question 9 portait également sur l'interrogatoire des victimes mais cette fois au niveau des seules violences psychologiques. Elle proposait aux médecins de sélectionner, au sein des violences psychologiques, différents types de mécanismes qu'il leur semblait souhaitable de rechercher chez les patientes. La majorité a sélectionné toutes les réponses proposées (218 soit 76%). 15,3% des participants ont répondu "Ne sait pas" dans la catégorie "Alternance de clémence et de sévérité".

Pour la question 10, on proposait aux médecins de donner leur ressenti sur la phrase "Lors de la prise en charge de certaines victimes de violences conjugales, il m'arrive de ressentir de l'ambivalence dans leur discours et leur attitude: impression qu'elles sont indifférentes, récit décousu, minimisation, inversion de culpabilité...".

29,86% sont Tout à fait d'accord, 43,75% D'accord, un quart (17%) n'est ni d'accord ni en désaccord et 9,37% ne sont Pas ou Pas du tout d'accord.

Ce sentiment d'ambiguïté et d'ambivalence est ensuite développé en leur demandant s'ils font le rapprochement entre ces comportements et les conséquences psychotraumatiques des violences

Parmi les personnes concernées par la question (86,81%), il y a 20,14% des participants qui font le lien systématiquement, 42,01% qui font le lien souvent, 21,88% parfois et 2,78% jamais.

Toujours concernant les conséquences psychotraumatiques et l'ambivalence, il leur est demandé si cela est un frein à la prise en charge des victimes

A cette question, la majorité des participants évoque un frein occasionnel (34,03%) ou fréquent (41,32%) à la prise en charge. 4,86% ressentent systématiquement ce frein, 9% jamais. 10,76% ne sont pas concernés.

La question 13 interroge les médecins sur leurs outils de prise en charge des victimes.

On voit que pour les médecins, les 3 leviers de prise en charge sont l'orientation des victimes vers la police (84,38%), les psychologues (73,61%) et les associations locales (70,83%). Dans une moindre proportion, ils utilisent les sites internet, brochures et affiches. Très peu ont recours aux livres.

Les autres outils mentionnés sont le violentomètre (un outil de dépistage proposé par la mairie de Paris), les proches, le 3919/114, les consultations de victimologies au CHU et les référent·e·s hospitalier·e·s (médecine légale...), des aménagements de planning au cabinet, l'assistant·e social·e.

Après avoir abordé ces différents points, la question est : quelle proportion de médecins a déjà entendu parler de l'emprise, et comment? Ils sont 78,82% des répondants.

Leur source d'information est en majorité la littérature médicale, les médias grand public et les réunions de pairs. La formation dédiée représente 10,76% de l'information (31 médecins), et la formation médicale continue autre 9,72% (28 médecins).

Parmi les autres sources citées, celle qui revient souvent est l'expérience propre des médecins, soit dans leur vie soit dans celle d'un·e proche. Le site internet declicviolence.fr est mentionné plusieurs fois.

3. Analyse bivariée: Influence de la formation spécifique sur le dépistage, la connaissance du phénomène d'emprise

		Formation aux violences conjugales		
Connaissance du phénomène	Non (n=)	Oui (n=)		
Non	N=50	N=11		
Oui	N=183	N=44		p=0,81
		Formation aux violences conjugales		
Nombre de situations dépistées en 2019	Non (n=)	Oui (n=)		
< ou égal à 5	N=202	N=34		
> ou égal à 6	N=31	N=21		p=1,60x10 ⁻⁵
		Formation aux violences conjugales		
Position par rapport à une définition de l'emprise	Non (n=)	Oui (n=)		
Tout à fait d'accord ou d'accord	N=164	N=69		
Pas d'accord, pas du tout d'accord, ni d'accord ni pas d'accord	N=48	N=7		p=0.01
		Formation aux violences conjugales		
Lien entre l'ambivalence et les violences	Non (n=)	Oui (n=)		
Systématiquement	N=35	N=23		
Souvent	N=104	N=17		p=4.85E-5.
Parfois, jamais, non concerné	N=94	N=15		

[TABLEAU 7.Relations entre formation spécifique et connaissance du phénomène]

Les résultats du Tableau 7 suggèrent d'abord une absence d'association statistique entre formation spécifique aux violences conjugales et connaissance du phénomène d'emprise.

Une association statistique est en revanche suggérée entre formation spécifique aux violences conjugales et nombre de situations dépistées dans l'année écoulée ($p=1,6 \times 10^{-5}$). Les résultats montreraient également une association entre cette formation et l'adhésion à la phrase proposée en question 10 pour définir l'emprise ($p=0,01$)

V. Discussion

1. Discussion des résultats, validité externe

A. Connaissances concernant le phénomène d'emprise

a. Le phénomène d'emprise doit être replacé dans le cadre des violences conjugales

Dans notre étude, les participants de l'étude ont été interrogés sur **les types de violences conjugales** qu'ils recherchent dans une consultation où il existe une suspicion de violences: violences physiques, économiques, sexuelles et psychologiques.

Les violences physiques sont quasiment systématiquement évoquées avec les patientes. Ces violences, qui sont les plus "visibles", sont souvent le motif de consultation ou une manière d'aborder le sujet avec les patientes (d'autant plus que les lésions sont d'âge différent), et sont les plus faciles à prendre en charge: rédaction de certificats de coups et blessure, orientation vers la police pour dépôt de plainte. Dans la thèse de A. Lauga Perrot réalisée en 2009 (21) la moitié des médecins interrogés suspectent les violences à causes de signes physiques et particulièrement à cause de leur localisation (visage, extrémités)

Les violences sexuelles sont évoquées par une petite majorité des participants, peu pensent à évoquer la violence économique. Ces résultats sont appuyés par la thèse de E. Landes (22) qui avance que ces deux types de violences sont moins dépistés que les autres. Cependant dans notre étude les chiffres suggèrent une amélioration de la sensibilisation et du dépistage sur ces dix dernières années.

Dans cette étude, les médecins sont une grande majorité à aborder le sujet des violences psychologiques et verbales avec les patientes, même si dans ce

questionnaire à questions fermées on ne peut savoir quelles dimensions sont données à leur interrogatoire, quelles questions sont choisies pour aborder le sujet. De plus, il est question de consultations où les violences sont déjà suspectées, or on sait qu'à peine un quart des femmes victimes va parler spontanément des violences (23) et plutôt dans un contexte de violences physiques donc à un stade évolué de la relation abusive. Ces chiffres sont de ce fait à manipuler avec précaution, mais suggèrent tout de même une sensibilisation des praticiens au sujet des violences conjugales.

b. Le phénomène d'emprise doit être replacé dans le cadre des violences psychologiques

La majorité des médecins disent souhaitable de dépister tous les types de violences psychologiques mais une part un peu plus importante des participants ne savent pas s'il est utile de dépister "l'alternance de clémence et de sévérité", mécanisme particulièrement inhérent au phénomène d'emprise. En effet, on proposait aux médecins de sélectionner, au sein des violences psychologiques, différents types de mécanismes qu'il leur semblait souhaitable de rechercher chez les patientes: Isolement social par le conjoint (amis, famille), jalousie pathologique, contrôle, intrusion dans la vie privée (lis les textos, les mails, écoute les appels), menaces, châtiments, humiliations, dénigrement, messages contradictoires cycliques (alternance de clémence et de sévérité).

Il faudrait, pour approfondir la question, demander aux médecins par quel moyen ils suspectent de prime abord les violences, pour mettre les chiffres en relation avec la thèse du Dr Lauga-Perrot, et également lors d'entretiens individuels pouvoir les questionner sur la manière d'aborder le sujet des violences psychologiques avec les patientes.

Les violences psychologiques semblent difficiles à aborder pour les médecins. Dans leur thèse "Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par

entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère”, Amélie Boismain et Marie Gaudin évoquent plusieurs hypothèses pour expliquer ces difficultés (24):

“ Les médecins méconnaissent le mécanisme des violences conjugales notamment l’asymétrie de la relation, la notion d’emprise et d’impuissance apprise. Les médecins minimisent la situation des patientes soit par naïveté (la violence ne fait pas partie de leur quotidien), soit par déni (ils refusent de voir la violence dans leur pratique courante).”

c. Le thème de l’Emprise

La motivation principale de cette étude était de donner des chiffres concernant les connaissances des médecins généralistes en matière de violences psychologiques et d’emprise. **La plupart des médecins disent avoir déjà entendu parler du phénomène d’emprise, mais rarement en formation dédiée** et leur source d’information est variée (médias grand public, littérature médicale, réunion de pairs...). **Il n’y aurait pas de lien entre formation spécifique aux violences conjugales et connaissance du phénomène d’emprise.**

L’enquête qualitative de Claire DESSIGNOLLE et Caroline HALARY (19) décrit le rapport des médecins à l’emprise, ce que cela leur évoque: leur définition est souvent parcellaire: “les médecins signalent [que les femmes victimes] finissent par idéaliser leur partenaire en leur trouvant des excuses quand leur comportement dérape, même quand il est inexcusable“ ou encore “ Les médecins se rendent compte que ce harcèlement est tellement ancré qu’il devient normal et que les femmes n’en parlent pas. Ils réalisent qu’elles n’en parlent que lorsqu’elles se libèrent de cette emprise et finissent par comprendre le mécanisme”

Le phénomène d’emprise psychologique dans le cadre des violences conjugales a été décrit dans la littérature par Marie-France Hirigoyen dans les années 2000. Cet apport de la psychologie est indispensable pour comprendre les ressorts des violences au sein du couple. Hirigoyen explique ainsi dans son livre (3) :

“ Si les femmes acceptent de subir de tels comportements, c’est parce que les agressions physiques n’arrivent pas brusquement [...], mais sont introduites par des micro violences, une série de paroles de disqualification, de petites attaques verbales ou non

verbales qui se transforment en harcèlement moral, diminuent leur résistance et les empêchent de réagir”.

Cette préparation à la soumission, ce “décervelage” comme expliqué par le psychanalyste Racamier (25), permet de comprendre l’état d’incertitude et d’obéissance dans lequel les femmes victimes prises en charge au cabinet vont se retrouver.

Le thème de l’Emprise a été étudié dans une revue de littérature récente (7). Sa description dans la littérature internationale diffère du phénomène tel que décrit par le Dr Hirigoyen ou le Dr Salmona car dans les pays anglo-saxons il est plutôt question de contrôle coercitif. On retrouve dans ces deux modélisations un concept très proche (cf. 1. Introduction).

d. L’ambivalence des victimes de l’Emprise.

Dans l’étude, on demandait aux médecins de donner leur avis sur la phrase “Lors de la prise en charge de certaines victimes de violences conjugales, il m’arrive de ressentir de l’ambivalence dans leur discours et leur attitude: impression qu’elles sont indifférentes, récit décousu, minimisation, inversion de culpabilité...”. Celle-ci étant directement inspirée de la définition même de l’emprise et de ses conséquences psychotraumatiques: **dans leur grande majorité les médecins ressentent cette ambivalence, qu’ils connaissent ou non le phénomène d’emprise.**

On leur demandait ensuite s’ils faisaient le lien entre les conséquences psychotraumatiques des violences et le comportement ambivalent des victimes. Parmi les personnes concernées par la question, la plupart faisait le lien. **Les médecins sont, pour la majorité, conscients que les difficultés de prise en charge des femmes victimes ont un lien avec leurs psychotraumatismes.**

Ils sont tout de même plus d’un tiers à ne pas ressentir cette ambivalence et/ou ne pas ou rarement l’associer aux conséquences des violences. **Cela rend indispensable la formation spécifique** : les mécanismes à l’origine des violences doivent en effet être connus des médecins pour pouvoir prendre en charge les patientes correctement, comprendre leurs attentes et leurs réactions et les aider à progresser dans la prise de conscience des violences. **Les formations doivent expliquer les mécanismes des**

violences et de l'emprise psychologique, avant même d'aborder le sujet du dépistage et de la prise en charge.

B. Dépistage des violences psychologiques et de l'emprise

a. Un dépistage lacunaire

Dans notre étude, la majorité des praticiens dépistent moins de cinq situations de violences conjugales par an; cela est corroboré par plusieurs études (26). Il ne leur était pas demandé les circonstances du dépistage, mais le très faible nombre de situations dépistées dans l'année suggère un dépistage circonstancié devant une plainte spécifique ou des signes traumatologiques évidents.

En matière de violences conjugales, l'un des rôles clés du médecin généraliste est le dépistage. En effet, les enquêtes réalisées sur le sujet à l'échelle nationale (Enquête nationale sur les violences faites aux femmes (9), Cadre de vie et sécurité (14)) démontrent deux choses.

- La première, c'est le coût humain, social et économique immense des violences conjugales: on "chiffre" ce coût (soins de santé, perte de production, aides sociales, coût du préjudice humain...) à 3 milliards et demi d'euros par an (27), avec près de 201000 femmes victimes de violences uniquement physiques et sexuelle. Le retentissement sur la santé se traduit par une augmentation du risque relatif de survenue de pathologies médicales diverses, qu'elles soient psychologiques, gynécologiques et obstétriques, ou physiques. Cela en fait un véritable problème de santé publique.
- La deuxième, c'est la difficulté des médecins à repérer les violences en consultation. La plupart des médecins rapportent ces difficultés à dépister les violences intrafamiliales (28). Le Dr Lazimi, auteur de nombreux travaux sur le sujet, révèle "une ignorance, un aveuglement, un refus de voir conscient ou inconscient, une tolérance envers ces violences et surtout une absence criante de sensibilisation et de formation" (10). Pour lui, les études montrent que les médecins repèrent peu les femmes, ont des difficultés à

simplement admettre que des violences puissent exister. Pour lui le dépistage doit être systématique grâce à des questions directes telles que “Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants injures, menaces?”

Plusieurs études ont montré la réticence des généralistes à l’application d’un dépistage systématique (26) (29). Ils ne seraient que 7 à 9% à le pratiquer (23). Les raisons évoquées sont la sensation d’intrusion dans la vie privée ou encore le manque de solutions à apporter en cas de découverte “fortuite” de violences.

L’intérêt de ce dépistage systématique est controversé (26,30).

Pour le Dr Lazimi, il permet de résoudre des relations soignant·e/soigné·e vécues comme conflictuelles, d’expliquer des tableaux chroniques incompréhensibles, de tout simplement d’amorcer un dialogue attendu par les victimes. La HAS recommande ce dépistage systématique dès les premières consultations, au titre de l’anamnèse. Pour d’autres auteurs, le dépistage doit être individuel, et nécessite de connaître les multiples signes et symptomatologies physiques et psychiques non spécifiques des violences (31).

Il serait intéressant dans le cadre d’un prochain travail sur le sujet de demander aux médecins s’ils savent que le dépistage généralisé est recommandé, et de mettre leur réponse en relation avec les circonstances dans lesquelles ils dépistent.

b. Le lien avec la formation initiale ou continue

Cette étude quantifie également l’influence de la formation spécifique sur les connaissances des médecins généralistes concernant l’emprise et la prise en charge des violences conjugales. **Il n’existe pas de lien entre formation spécifique aux violences conjugales et connaissance du phénomène d’emprise, résultat qui vient corroborer le fait que les médecins entendent parler du phénomène principalement via les réunions de pairs, les médias grand public et la littérature médicale.**

En revanche, la définition de l’emprise proposée sous forme de question (“Lors de la prise en charge de certaines victimes de violences conjugales, il m’arrive de ressentir de l’ambivalence dans leur discours et leur attitude: impression qu’elles sont indifférentes, récit décousu, minimisation, inversion de culpabilité...”) rencontre une meilleure adhésion chez les médecins ayant suivi une formation spécifique. **Les médecins**

auraient donc tendance à mieux comprendre le phénomène d'emprise dans le cadre des violences conjugales en ayant suivi une formation sur le sujet.

Le nombre de situations dépistées dans l'année est plus important chez les médecins ayant suivi une formation spécifique. Dans la thèse qualitative de Carl Lugin (26), aucun médecin ne mentionne l'absence de formation comme une difficulté supplémentaire à la prise en charge des victimes, mais on voit ensuite que ceux qui ont reçu des formations sont plus à l'aise dans leur prise en charge, une autre thèse avance que la grande majorité des médecins ayant reçu une formation intègrent la notion de violences dans leur interrogatoire en cas de soupçon.(32)

Notre travail décrit les pratiques des médecins installés de par son mode de recrutement. La majorité des participants avait moins de 50 ans. L'étude d'H. Hypolite (17) réalisée en 2018 portait sur les connaissances des internes en médecine générale. Une faible majorité des répondants à son étude déclarait avoir reçu une formation sur le sujet, et ces internes, qu'ils aient reçu une formation universitaire ou non, étaient assez bien sensibilisés à la question des violences conjugales (évaluation par un questionnaire de connaissances). Les DMG (départements de médecine générale) ont un rôle important à jouer dans cette formation. Leur implication est inégale sur le territoire français. Il semble tout de même y avoir une augmentation des enseignements dispensés par rapport à ceux reçus par les répondants de notre étude.

c. L'emprise comme frein au dépistage?

L'un des résultats de l'étude concerne le dépistage des violences conjugales et de l'emprise. Il est, pour les médecins généralistes, une étape de la prise en charge qui nécessite d'être améliorée. **Les 3/4 des participants sont d'accord avec le fait que les patientes victimes de violences sont parfois ambivalentes et incohérentes dans les prises en charge.** Ils ne font pas systématiquement le lien entre cette ambivalence et les conséquences psychotraumatiques des violences, mais se disent souvent gênés par cela.

Il n'existe pas encore d'études en France ou à l'étranger par rapport au dépistage du phénomène d'emprise. Cependant dans d'autres travaux, certaines données apportent des éléments de réponse et de comparaison à notre travail: les médecins évoquent les

freins à la prise en charge et au dépistage des violences. Certains de ces freins pourraient être directement liés à l'emprise psychologique régissant beaucoup de situations.

Dans la thèse de C. Morvant (33) beaucoup de médecins se disaient gênés par “la dissimulation de la femme”. Dans celle de E. Landes (22), 10 ans plus tard, également.

La récente thèse de Ségolène Bracq (34) étudiait les attentes des femmes victimes envers leur médecin généraliste en matière de violences conjugales. Ses conclusions donnent une autre dimension à la notion de dépistage systématique : “ Les patientes ne sont pas toujours enclines à parler des violences. En effet nous avons évoqué [...] la mémoire traumatique souvent retrouvée chez les victimes, mais nous avons aussi observé dans notre étude que les patientes ne sont pas toujours conscientes de subir des violences, et que l'emprise et la culpabilité imposées par leur conjoint ne leur permet pas de se considérer comme des victimes à part entière.”

d. Pistes d'amélioration du dépistage

Dans le travail de Ségolène Bracq, les femmes étaient interrogées sur la manière dont elles aimeraient être questionnées sur le sujet des violences conjugales: elles proposaient de poser des questions détournées telles que “comment ça va à la maison?”; “Comment ça va avec votre mari?”. Elles souhaitent qu'on leur laisse du temps pour s'exprimer, plusieurs consultations, et qu'on renouvelle ces questions si le doute persiste. La position d'écoute empathique est indispensable.

Ces différentes pistes sont en adéquation avec les résultats de notre étude et viennent compléter les recommandations émanant du rapport Henrion et de la HAS. En effet, les recommandations de la HAS de 2019 (15) proposent une série de questions, à adapter au contexte, pouvant ouvrir le dialogue sur les violences psychologiques: « Comment vous sentez-vous à la maison ? », « Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ? », « En cas de dispute, cela se passe comment ? », « Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ? », « Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ? », « Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ? »

Les textes de recommandations nationales sont des documents facilement accessibles et largement consultés par les professionnels. Y expliquer les mécanismes de l'emprise et donner des clés de prise en charge peut être bénéfique pour les patientes. Il serait intéressant, au vu de nos résultats, de **proposer aux médecins des questions pour approfondir la notion d'alternance de clémence et de sévérité et de tenter de dépister l'emprise**. Ces questions pourraient être, comme dans les recommandations de la HAS, des questions ouvertes ou des questions fermées à adapter aux circonstances. Ce pourrait être par exemple:

“Votre partenaire a-t-il un comportement changeant envers vous, tantôt violent/insultant et tantôt plus prévenant ? Comment vivez-vous ces changements de comportements ? Est-ce déstabilisant mentalement ?”

Ou encore “Avez-vous parfois l'impression de ne pas avoir de valeur, d'être prisonnière de votre situation, de ne plus savoir comment réagir?”

C. Prise en charge des patientes et freins

a. Généralités

La prise en charge des violences conjugales en médecine générale s'est globalement améliorée ces 20 dernières années.

Une très grande majorité des participants dit avoir réalisé au moins une prise en charge au cours de l'année écoulée. Le nombre de prises en charge réalisées par les médecins semble augmenter dans notre étude par rapport aux études de C.Morvant (33) en 2000 ou encore de A. Cornilleau (35) en 2012.

Les médecins entendent les violences mais n'ont pas toujours les automatismes nécessaires à leur prise en charge. Dans une étude qualitative de 2011 interrogeant 20 médecins généralistes sur leur prise en charge des violences, aucun certificat médical n'a été réalisé suite à la découverte de violences psychologiques en consultation (36).

Dans notre étude, les 3 leviers d'actions les plus cités par les participants sont l'orientation des victimes vers la police, les psychologues et les associations locales. Dans une moindre proportion, ils utilisent les sites internet, brochures et affiches.

Le guide de la HAS de 2019 (15) dresse une liste des axes de prise en charge globale:

- “Fournir des informations pratiques, proposer d’orienter vers des référents pour une aide plus spécialisée :
- Rappeler à la patiente qu’elle peut se présenter aux urgences 24h/24, 7j/7 ;
- l’inciter à déposer plainte maintenant ou plus tard dès qu’elle se sentira prête et en sécurité pour le faire ;
- Lui conseiller d’appeler le 3919 (Violences femmes info), numéro national d’aide aux femmes victimes de violence, ou le 116 006, numéro européen dédié aux victimes d’infractions pénales ;
- Solliciter l’aide des services du Conseil départemental, en particulier, la PMI, les services sociaux.
- Utiliser le réseau de proximité.
- Orienter ou remettre les coordonnées de professionnels de proximité qui pourront lui apporter une aide : assistante sociale, travailleurs sociaux, psychologue, pédiatre, PMI, associations spécialisées dans les violences au sein du couple.”

Cette “ouverture sur un réseau” est attendue par les victimes (34).

b. Prise en charge de l’Emprise

“Pourquoi elles ne partent pas ?”.

La prise en charge des victimes de violences n’est jamais simple et impossible à planifier. Quitter un conjoint violent et manipulateur, qui a su profiter des vulnérabilités de sa victime pour asseoir son emprise, est un processus complexe dans lequel le médecin généraliste peut peiner à trouver sa place.

Dans notre étude, la grande majorité des médecins est mise en difficulté par l’ambiguïté du comportement des victimes.

L’étude du Dr C. Nicolaidis montre que les professionnels de santé se sentent en majorité responsables de la mise à l’abri des victimes, et que cette majorité a des difficultés à ressentir de l’empathie pour les victimes qui décident de rester avec un

partenaire violent. (37) A. Lauga-Perrot (21) recense dans sa thèse les difficultés rapportées par les médecins lors de la prise en charge des victimes. Il ressort entre autres un sentiment de frustration: “ils décrivent des femmes qui ne donnent pas de suites judiciaires, finissent par minimiser le problème, ne clarifient pas la situation.”

Cette frustration, cette difficulté de prise en charge est aisément expliquée par les mécanismes même de l'emprise. Ainsi H. Riflart (7) dans sa revue de littérature sur le phénomène d'emprise et le contrôle coercitif a relevé plusieurs notions indispensables à la compréhension et la prise en charge du phénomène (Le passage de la séduction au contrôle, la négation de l'autonomie, l'instauration de la terreur, la manipulation émotionnelle et les attitudes paradoxales, et la complexité et l'aspect dynamique du contrôle coercitif). Ces cinq thématiques décrites par H. Riflart rendent compte de la grande complexité des mécanismes psychologiques de l'emprise. Les victimes sont enfermées dans une spirale inconsciente de perte d'estime de soi et de doute sur leur perception de la réalité.

c. Amélioration de la formation spécifique

Notre étude montre que les généralistes ne sont pas forcément sensibilisés à la problématique de l'emprise en formation dédiée. Il existe déjà à ce jour plusieurs outils pour améliorer la prise en charge du médecin généraliste. Ces conseils de prise en charge peuvent être apportés en auto formation ou dans le cadre d'une formation médicale continue, mais cela nécessite une démarche volontaire du médecin. Ils peuvent également être prodigués lors d'une formation obligatoire ce qui reste l'idéal pour tous les soignants de soins primaires. Une des problématiques étant de ce fait la formation des médecins déjà installés, population cible de cette étude.

Pour ce faire, le site internet arretonslesviolences.gouv.fr (16) propose un court film (appelé *Anna*) illustrant le phénomène et un exemple de prise en charge, ainsi qu'un autre abordant le sujet du PTSD. Les sites internet du Dr Salmona (38) et decliviolence.fr (6) ont également des pages dédiées à l'explication des mécanismes psychotraumatiques des violences.

d. Amélioration de la prise en charge de l'Emprise

Le rôle du médecin généraliste est d'accompagner la victime dans la reconnaissance de ces troubles psychologiques susceptibles de la paralyser dans ses actions et ses décisions afin d'optimiser sa prise en charge. M.-F. Hirigoyen explique: "Tant qu'il y a un équilibre entre contrôle, dénigrement et gentillesse, c'est supportable." (3) Il est nécessaire dans un premier temps de **faire prendre conscience aux victimes** que le conjoint violent est manipulateur et que son comportement est inacceptable. Cette prise en charge d'ordre psychologique doit être amorcée par le médecin (39) généraliste, qui comme on l'a vu, est un interlocuteur privilégié pour de nombreuses raisons. **La prise en charge de l'emprise demande des habiletés spécifiques que le médecin devra mettre en place.**

Le professeur L. Daligand, médecin légiste et psychiatre, explique: "Pour sortir de l'emprise, il faut retrouver l'estime de soi, la foi en l'autre. L'autre n'est pas forcément un psychothérapeute, ce peut être [...] un soignant. Mais, plus que la fonction qu'il occupe, ce qui va être important, c'est son calme, sa patience, son sens de l'écoute, le soin qu'il mettra à respecter des silences, sa prudence dans les réponses, sa volonté de ne pas vouloir convaincre." (39)

Dans son livre, Hirigoyen définit plusieurs axes de prise en charge psychologique interdépendants dont plusieurs peuvent être intéressants à appliquer en médecine générale:

- Repérer la violence: une étape difficile car les victimes ont perdu leurs limites. Hirigoyen propose des questions telles que "Est-ce que ça vous paraît normal?" et "Si vous faisiez la même chose, comment votre conjoint réagirait?";
- Nommer la violence: selon elle le thérapeute doit condamner fermement la violence, ne pas adopter une attitude neutre qui peut avoir des conséquences graves;
- Déculpabiliser la personne: faire enfin porter la responsabilité de l'échec du couple et des violences à l'auteur de celles-ci
- Renforcer le narcissisme: renforcer l'estime de soi, retrouver la pleine possession de ses ressources

- Apprendre à poser des limites: savoir dire non aux situations qui mettent mal à l'aise, se protéger plus efficacement de son environnement

La prise en charge psychologique nécessitera souvent l'intervention d'un·e psychologue. Il est évident que le travail du généraliste s'inscrit dans une prise en charge pluridisciplinaire. Son rôle est aussi de coordonner la prise en charge et de revoir la victime régulièrement.

Dans leur enquête qualitative sur le sujet, C.Halary et C.Designolle (18) ont recueilli des pistes d'amélioration pour les consultations de médecine générale:

- Pour améliorer le suivi : la possibilité de mettre des rappels dans un agenda (sur l'interface de prise de rendez-vous, sur le logiciel médical) afin de limiter les pertes de vue ou de se rappeler d'aborder le sujet sur une prochaine consultation quand le temps ne le permet pas ou que ça ne semble pas le moment ;
- Pour augmenter l'adhésion des médecins : la possibilité d'une cotation spécifique pour ces consultations complexes (prise en charge psychologique, certificats, adressages divers, reconsultation...) et anonymisée, prise en charge à 100% pour cacher si besoin la prise en charge au conjoint (SMS de l'interface de prise de rendez-vous, notification de la Sécurité Sociale ou autre)

Il n'existe pas encore à ce jour de recommandations liées à la prise en charge de l'emprise, on peut supposer que la littérature médicale ne s'est pas suffisamment emparée du sujet. La prise en charge de l'emprise est d'abord la connaissance du phénomène et la capacité du thérapeute à expliquer, faire prendre conscience à la victime de ses mécanismes. G. Lazimi l'explique en ces termes: "[...] Prendre conscience et analyser le processus d'emprise mis en œuvre par l'auteur des faits devient possible et la victime peut se libérer progressivement de son sentiment de culpabilité." (10)

D. Une place pour la prévention en soins primaires?

Les violences conjugales marquent les limites d'une société où les inégalités homme/femme sont ancrées dans le développement des individus, leur perception et leur rapport à l'autre, notamment dans le couple hétérosexuel où les stéréotypes de genre sont

encore largement représentés. La lutte contre ces violences est aussi et surtout une lutte contre les inégalités de genre, qui doit passer par l'éducation et la sensibilisation de la population. Les soins primaires, dans lesquels la médecine générale joue un rôle pivot, est comme nous l'avons vu un lieu privilégié pour parler des violences physiques et morales. Au-delà du dépistage et la prise en charge, aborder le sujet des violences, dès les premières relations des patient·e·s, permet d'apporter des clés de compréhension qui pourront les aider à construire une relation plus saine et laisse une porte ouverte en cas de besoin.

2. Forces et faiblesses de l'étude, validité interne

A. Points forts de l'étude:

Il s'agit à notre connaissance du premier travail qui fait état du savoir et des pratiques des médecins généralistes concernant le phénomène d'emprise psychologique dans le cadre des violences conjugales.

Cette problématique est omniprésente dans notre société avec un **rôle important du médecin généraliste** dans son dépistage, et mérite donc d'être étudiée en profondeur. Cette étude vient compléter et enrichir les travaux qualitatifs récents sur le sujet (18) ainsi que les nombreux travaux s'intéressant au dépistage des violences conjugales dans sa globalité, proposant un autre point de vue et d'autres leviers d'action potentiels. Les questions se rapportant au dépistage du phénomène d'emprise psychologique sont innovantes dans ce format de questionnaire.

La taille de l'échantillon est un des points forts de cette étude, le questionnaire ayant pu grâce à l'aide de l'URPS Auvergne Rhône Alpes être diffusé à tous les médecins installés de la région: les médecins sollicités sont représentatifs car issus d'une liste exhaustive régionale (contrairement aux listes de MSU, de congressistes ou autre).

Le taux de réponse est faible mais cela est attendu dans les enquêtes à grande échelle avec une sollicitation par mail, sans relance. Il semble tout de même avoir été

favorisé par une stratégie de communication optimale (mis à part l'absence de relance) : la concision et la facilité de réponse au questionnaire, composé de questions fermées. Un court message descriptif était joint au mail et incitait les participants à y répondre. Nous ne savons pas si le taux de réponses a été influencé par la période durant laquelle il a été diffusé (première vague du COVID-19).

La conception du questionnaire s'appuie sur plusieurs travaux de thèses, livres et recommandations, renforçant sa pertinence. Le travail de documentation a été réalisé avec l'aide du service de documentation de la bibliothèque universitaire de Lyon 1. De plus cette enquête à questions fermées et ne pouvait faire l'objet de biais de classement venant de l'enquêteur. Le questionnaire en ligne augmente la qualité méthodologique par rapport à un questionnaire papier : le nombre de réponses possibles y est mieux contrôlé (réponse unique/qcm). L'analyse statistique a été réalisée par l'auteure avec l'aide d'une association de santé publique.

L'auteure n'a pas de conflit d'intérêt.

Le questionnaire et la thèse ont été validés par un comité d'éthique et leur diffusion autorisée au niveau régional par l'URPS, après soumission à leur dispositif d'aide aux thésards

Le questionnaire a été hébergé sur une plateforme sécurisée.

B. Points faibles de l'étude et biais:

Cette étude présente plusieurs biais potentiels.

Un biais de sélection tout d'abord, induit par le faible pourcentage de réponses au questionnaire, avec un échantillon qui différait de la population source surtout sur le critère du sexe, mais également de l'âge, la représentativité n'était donc pas optimale. Comme dans plusieurs études sur le sujet, la participation se faisait sur la base du volontariat et pouvait de ce fait sélectionner des médecins plus sensibilisés à la problématique.

Les statistiques de l'étude concernant les médecins répondants permettent de constater un taux de participation plus important des femmes généralistes. On pouvait s'attendre à ce premier résultat, étant donné que les violences conjugales sont surtout commises sur les femmes, créant une sensibilisation différentielle.

Pour ce qui est de la répartition en âge des médecins d'ARA, les tranches d'âge choisies (par 10 ans) montrent que les médecins plus jeunes ont davantage répondu à l'étude, malgré leur nombre moins important.

La répartition des médecins en fonction de leur milieu d'exercice est en revanche plus proche de leur répartition réelle sur le territoire.

Il n'y a pas eu de relance par mail possible (à 15 jours, comme cela se fait souvent dans ce type de travail), car le dispositif par lequel l'étude a été diffusée ne le permettait pas. Or cette relance aurait probablement augmenté la représentativité de l'échantillon.

L'étude a été réalisée chez des médecins généralistes uniquement alors que le document de la HAS concerne tous les professionnels de santé de premier recours, Cela serait aussi intéressant de réaliser cette enquête auprès de sages-femmes, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, infirmières, ou d'autres médecins de premiers recours. Des travaux ont déjà été réalisés dans ces différentes disciplines, au sujet des violences conjugales (20,40,41), et pourraient être approfondis par de nouvelles études

L'étude concernait uniquement les médecins généralistes installés de par son mode de recrutement, et n'interrogeait donc pas une importante part des jeunes médecins récemment diplômés, qui présentaient peut être une sensibilisation et une formation statistiquement différente sur le sujet.

Il peut exister un **biais d'information** au recueil du questionnaire. En effet, les questions étaient posées à postériori sur l'année écoulée et pouvaient donc être source de biais de mémorisation, notamment au sujet du nombre de cas de violences conjugales prises en charge dans l'année, ou des difficultés rencontrées lors de ces prises en charge.

Les informations étaient recueillies sous forme de QCM, les réponses suggérées pouvant induire un biais de prévarication.

Au recueil des questionnaires, un certain nombre de ceux-ci n'ont pas été complétés dans leur totalité, sans que l'on ait le moyen de savoir si le questionnaire était trop long ou trop difficile, si le ou la participant·e se sentait mal à l'aise vis-à-vis des questions posées, s'il y avait des questions auxquelles il ou elle ne savait pas répondre.

Au sujet du questionnaire, plusieurs limites peuvent être évoquées: étant le premier travail à notre connaissance étudiant le phénomène d'emprise avec les médecins généralistes, les questions modélisées pour quantifier les connaissances n'ont pas été testées précédemment dans d'autres études: leur **pertinence**, bien que validée par le travail de recherche réalisé en amont, n'a jamais été évaluée. De plus, l'accent a été mis sur la reproductibilité et la clarté du questionnaire: un approfondissement sera sans doute nécessaire avec un questionnaire plus détaillé et/ou plus ciblé au regard des questions soulevées par les résultats obtenus.

V. Conclusion

Les violences conjugales sont un phénomène de société complexe directement lié à la problématique de l'égalité de genre. Leur reconnaissance en tant qu'enjeu majeur de santé publique est récente et des groupes de travail spécialisés se réunissent régulièrement pour établir des recommandations de prise en charge en médecine générale. Bien que le sujet soit porté à une part de plus en plus importante des médecins généralistes, ils ne sont pas suffisamment formés sur ses différents ressorts et peinent encore à prendre en charge de manière optimale les victimes. De nombreux travaux ont étudié les mécanismes psychologiques des violences. Parmi ceux-ci, l'emprise psychologique, qui s'approche du contrôle coercitif décrit dans la littérature anglophone, est la résultante de micro-violences psychologiques quotidiennes qui brisent la confiance en soi des victimes et leur capacité à agir. Ce phénomène d'emprise semble omniprésent au sein des violences conjugales. Il altère de manière certaine le lien médecin-patient et soulève des questions concernant le dépistage et la prise en charge des violences.

Notre étude avait pour objectif de quantifier les connaissances, le dépistage et la prise en charge de l'emprise psychologique, dans le cadre des violences conjugales, par les médecins généralistes. Elle s'intègre au sein d'un corpus de trois thèses réalisées sur le sujet, comportant également une étude qualitative par entretien semi dirigé et une revue de littérature. Elle a été construite sous la forme d'une enquête de pratiques soumise par mail aux médecins généralistes installés d'Auvergne-Rhône-Alpes, grâce à l'aide de l'URPS. Ce questionnaire comportant 15 questions recueillait auprès des participants des données démographiques, puis interrogeait leurs connaissances et leurs pratiques concernant l'emprise psychologique.

Il existe de nombreux freins à la prise en charge des violences et l'emprise en fait partie: les patientes victimes méconnaissent leur situation psychologique qui met très souvent en échec leur extraction des violences. L'évolution de ces situations nécessite une prise de conscience qui peut être initiée par le médecin généraliste, premier recours

important dans le cadre des violences conjugales. Ce travail apporte de nouvelles données dans l'étude des violences psychologiques. Si la majorité des médecins aborde le sujet des violences psychologiques en consultation, la prise en charge de l'emprise nécessite d'être améliorée. La plupart des médecins a déjà entendu parler du phénomène, mais rarement en formation dédiée. Leur connaissance est souvent parcellaire, et la formation dédiée apporte une connaissance plus structurée du phénomène. Qu'ils aient reçu une formation ou non, les médecins ont conscience de l'ambivalence des victimes lors de leur prise en charge et sont parfois mis en difficulté par cette ambivalence; ils ne font pourtant pas forcément le lien entre ces comportements, vécus comme des "dissimulations", du "sabotage, des "incohérences", et les conséquences psychotraumatiques des violences. Les conséquences de cette mise en difficulté peuvent être un accueil de moins bonne qualité, un retard de prise en charge, une perte de chance pour les victimes.

Des améliorations de la prise en charge sont possibles. Elles passent par la formation d'un plus grand nombre de médecins, notamment des internes en formation initiale, mais aussi par la formation médicale continue. Le contenu des formations doit faciliter la compréhension des mécanismes des violences, et proposer des pistes de prise en charge psychologique. Les médecins seront ainsi plus à même d'accueillir ces patientes complexes et de les faire prendre conscience de leurs troubles. Cette prise de conscience nécessaire par les victimes peut permettre d'améliorer leur adhésion à la prise en charge coordonnée par le médecin généraliste, avec les associations locales d'aide aux victimes, les psychologues et d'autres acteurs dans le repérage et la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Bibliographie

1. Claudia Garcia-Moreno, Alessandra et Guedes, Wendy Knerr. « Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes : La violence exercée par un partenaire intime ». Organisation mondiale de la Santé, 2012.
2. « Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique ». Istanbul, 2011.
3. Hirigoyen, Marie-France. *Femmes sous emprise: les ressorts de la violence dans le couple*. Paris, France: Oh! éd., 2005.
4. Heise, L., Ellsberg, M. and Gottemoeller, M. « Ending Violence Against Women. Population Reports » Series L, n° 11 (1999): 44 p.
5. Abgrall, Jean-Marie. « La manipulation mentale: mythe médiatique ou réalité psychiatrique ? » *Actualité en psychiatrie, Ardix médical*, Actualité en psychiatrie, Ardix médical, juillet 2000.
6. « Déclic Violence — La mécanique des violences conjugales », 2 octobre 2020. <http://declicviolence.fr/essentiel-a2.html#titre2>.
7. Riflart, Hélène. « Les mécanismes d'emprise et le contrôle coercitif subis dans les violences conjugales: une méta-synthèse ». Université Lyon Est, Faculté de médecine, 2020
8. Heim, Eva Maria, Laura Trujillo Tapia, et Ruth Quintanilla Gonzáles. « “My Partner Will Change”: Cognitive Distortion in Battered Women in Bolivia ». *Journal of Interpersonal Violence* 33, n° 8 (1 avril 2018): 1348-65. <https://doi.org/10.1177/0886260515615145>.
9. Jaspard, Maryse. « Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France », *POPULATION ET SOCIÉTÉS*, bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques, n° 364 (janvier 2001): 4 p.

10. Coutanceau, Roland. *Violences conjugales et famille*. Dunod. Malakoff, 2016.
11. Article 223-15-2, 223-15-2 Pénal § (s. d.).
12. Article 222-33-2-1, Code Pénal § (s. d.).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193490/.
13. Mercier, Marie. Proposition de loi visant à protéger les victimes de violences conjugales, Pub. L. No. Proposition de loi n° 285 (2020). https://www.senat.fr/rap/119-482/119-482_mono.html.
14. Mission Interministérielle pour le Protection des femmes contre les violences et la lutte contre la Traite des êtres humains (MIPROF). « 14ème lettre de l’observatoire national des violences faites aux femmes. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2018 », n° 14 (2019): 28 p.
15. « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple ». Service des bonnes pratiques professionnelles. Collège de la Haute Autorité de Santé, juin 2019.
16. « Je suis professionnel | Arrêtons les violences », 2 octobre 2020. <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel>.
17. Hypolite, Hélène. « Violences conjugales : enseignement dispensé en troisième cycle de médecine générale, et impact sur les connaissances des internes de médecine générale en France ». Université Lyon Est, Faculté de médecine, 2018. (Bibliothèque en ligne).
18. Halary, Caroline. « Repérage de l’emprise, dans le cadre des violences conjugales, en médecine générale. Repérage et prise en charge de l’emprise par les médecins généralistes ». Université de Lyon 1, Faculté de médecine Lyon Est, 2021.
19. Designolle, Claire. « L’emprise, dans le cadre des violences conjugales, en médecine générale. Difficultés de repérage et de prise en charge de l’emprise par les médecins généralistes ». Université Lyon Est, Faculté de médecine, 2021.

20. Bonnet, Brice. « Enquête relative au dépistage des violences conjugales par un chirurgien-dentiste ». Chirurgien Dentiste, Université de Montpellier, 2018.
21. Lauga-Perrot, Amélie. « Le médecin généraliste face au dépistage et à la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales ». Faculté de médecine de Strasbourg, 2009.
22. Landes, Elise. « Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : description des pratiques professionnelles de 159 médecins généralistes de l'Aude et de l'Hérault : élaboration d'un guide à l'usage des professionnels de santé du Languedoc-Roussillon ». Faculté de médecine de Montpellier, 2009.
23. Henrion, Roger. « Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé ». Paris: Ministère de la Santé, 2001.
24. Boismain, Amélie, et Marie Gaudin. « Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère ». Université Joseph Fourier. Faculté de médecine de Grenoble, 2012.
25. Racamier, P.-C. *Pensée perverse et décervelage*. Gruppo 8. Paris: Apsygée, 1992.
26. Lugrin, Carl. « Les violences faites aux femmes dans le cadre familial. Intérêts et difficultés d'un repérage systématique en médecine générale. » Université de Picardie Jules Verne Faculté de médecine, 2012.
27. Albagly, Maïté, Catherine Cavalin, Claude Mugnier, et Marc Nectoux. « Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012 », 2014, 102 p. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4197.3526>.

28. Maheux, B., N. Haley, M. Rivard, et A. Gervais. « Do Physicians Assess Lifestyle Health Risks during General Medical Examinations? A Survey of General Practitioners and Obstetrician-Gynecologists in Quebec ». *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne* 160, n° 13 (29 juin 1999): 1830-34.
29. Mu-Sek-Sang, Rudy. « Le dépistage systématique des violences conjugales : Etude réalisée chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes en 2017 ». Université de Poitiers, 2017.
30. Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, et al. « Screening and Counselling in the Primary Care Setting for Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence (WEAVE): A Cluster Randomised Controlled Trial ». *Lancet*, n° 382 (2013): Pages 249-58.
31. Offermans, Anne-Marie, et Michel Vanhalewyn. « Détection des violences conjugales - Guide de pratique Clinique ». Société Scientifique de Médecine Générale; Equipe de recherche SSMG - CUMG ULB, 2018.
32. Poyer-Poullet, Arnaud. « Le médecin généraliste face aux violences conjugales ». Faculté de médecine de Nantes, 2006.
33. Morvant, Cécile. « Prise en charge de la violence conjugale en médecine générale, un état des lieux des pratiques en Ile-de-France ». Institut de l'Humanitaire, 2000.
34. Bracq, Ségolène. « Quelles sont les attentes des victimes de violences conjugales concernant leurs médecins généralistes », 2020.
35. Cornilleau, Audrey. « Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. » Université Pierre et Marie Curie. UFR de médecine Pierre et Marie Curie., 2012.
36. Maguy Woimant. « Modalités de repérage des patientes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes », Université Pierre et Marie Curie. UFR de médecine Pierre et Marie Curie., 2011.
37. Nicolaidis, Christina, Maryann Curry, et Martha Gerrity. « Health Care Workers' Expectations and Empathy toward Patients in Abusive Relationships ». *The Journal of the American Board of Family Practice* 18, n° 3 (juin 2005): 159-65. <https://doi.org/10.3122/jabfm.18.3.159>.

38. Salmona, Muriel. « Mémoire Traumatique et Victimologie - Mécanismes ». Consulté le 4 octobre 2021.
<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/mecanismes.html>.
39. Daligand, Liliane. *Les violences conjugales*. Que sais-je ? Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, 2019. <https://www.cairn.info/les-violences-conjugales--9782715402140.htm>.
40. Lawson Body, Lounis. « Dépistage systématique des violences faites aux femmes aux Urgences ». Médecine, Université de Lyon 1, Faculté de médecine Lyon Sud, 2020.
41. Poirot, Alice. « La sage-femme face aux violences conjugales : Etat des lieux des connaissances, du dépistage et de la prise en charge en France ». Mémoire d'exercice, sage-femme, Université de Nantes, 2020.

ANNEXES

ANNEXE 1

Questionnaire de thèse

Enquête de pratique sur le repérage de l'emprise, par les médecins généralistes, dans le cadre des violences conjugales

Questionnaire de thèse

1/ Vous êtes:

- Un homme
- Une femme

2/ Vous avez:

- Moins de 40 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- Plus de 60 ans

3/ Vous exercez:

- En cabinet libéral, seul
- En cabinet libéral de groupe
- En MSP
- Exercice partagé ville/hôpital
- Activité salariée hors hôpital
- Médecin remplaçant

4/ Votre milieu d'exercice:

- Urbain
- Semi rural
- Rural

5/ Etes-vous titulaire de DU ou capacité? Si oui, la(les)quelle(s)?

- Oui :
- Non

6/ Avez-vous suivi une formation sur les violences conjugales ? Si oui, laquelle ?

- Oui :
.....
- Non

7/ Avez-vous été confronté à des situations de violences conjugales pendant l'année écoulée (2019)?

- Oui
- < 5 fois
- 6 à 10 fois
- 11-15 fois
- > 15fois
- Non

8/ Quels mécanismes de violences recherchez lors de la prise en charge d'une patiente victime? (plusieurs réponses possibles)

- Violences physiques
- Violences sexuelles
- Violences verbales
- Violences psychologiques
- Violences économiques

9/ Au sein des violences psychologiques, lesquelles vous semblent souhaitables de dépister dans une situation de violences conjugales:

	Oui	Ne sait pas	Non
Isolement social par le conjoint (amis, famille)			
Jalousie pathologique, contrôle, intrusion dans la vie privé (lis les textos, les mails, écoute les appels)			
Menaces, châtiments			
Humiliations, dénigrement			
Messages contradictoires cycliques (alternance de clémence et de sévérité)			

10/ Etes-vous d'accord avec cette affirmation: "Lors de la prise en charge de certaines victimes de violences conjugales, il m'arrive de ressentir de l'ambivalence dans leur discours et leur attitude: impression qu'elles sont indifférentes, récit décousu, minimisation, inversion de culpabilité..."

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

11/ Si oui, faites-vous un lien entre cette ambivalence et les conséquences psychotraumatiques des violences subies?

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Non concerné

12/ Cette ambivalence a-t-elle déjà été un frein à la prise en charge de personnes victimes de violences?

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Jamais
- Non concerné

13/ Quelles ressources utilisez-vous pour accompagner ces personnes victimes de violences psychologiques? (plusieurs réponses possibles)

- Brochures, affiches
- Livres
- Sites internet
- Orientation vers association locale
- Orientation vers psychologue
- Orientation vers commissariat de police
- Autres

14/ Le phénomène d'emprise est défini, dans le cadre des violences conjugales, comme un processus de colonisation psychique par le conjoint violent qui a pour conséquence d'annihiler la volonté des femmes victimes (à l'instar des victimes des sectes).

Avez-vous déjà entendu parler de ce phénomène?

- Oui
- Non

15/ Si oui, de quelle manière:

- Formation dédiée
- Formation médicale continue autre
- Littérature médicale
- Médias grand public
- Réunion de pairs, discussion avec d'autres professionnels de santé
- Autre.....
- Non concerné

ANNEXE 2

Mail associé au questionnaire diffusé par l'URPS

Message à destination des médecins généralistes de la région Auvergne Rhône-Alpes

Bonjour,

L'URPS Médecins Auvergne Rhône-Alpes a mis en place une aide logistique auprès des internes en médecine générale d'Auvergne Rhône-Alpes pour réaliser leur travail de thèse.

Dans ce cadre, nous vous adressons ci-dessous la demande de Claire ILLES pour répondre à son questionnaire relatif à :

« Enquête de pratique sur le repérage de l'emprise, par les médecins généralistes, dans le cadre des violences conjugales »

Nous vous incitons à y répondre.

L'URPS Médecins AuRA soutient cette action des départements de médecine générale des différentes facultés de la région mais qui sont seuls garants de la qualité des travaux menés.

Cordialement,

« Chères Consœurs, Chers Confrères,

Je vous remercie de participer à cette enquête concernant votre pratique quotidienne dans le cadre des violences conjugales.

>> Cliquez ici pour accéder au questionnaire <<

Il s'agit d'un travail de recherche réalisé au sein de l'Université Claude Bernard Lyon 1, dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine sous la direction du Dr Humbert de Fréminville.

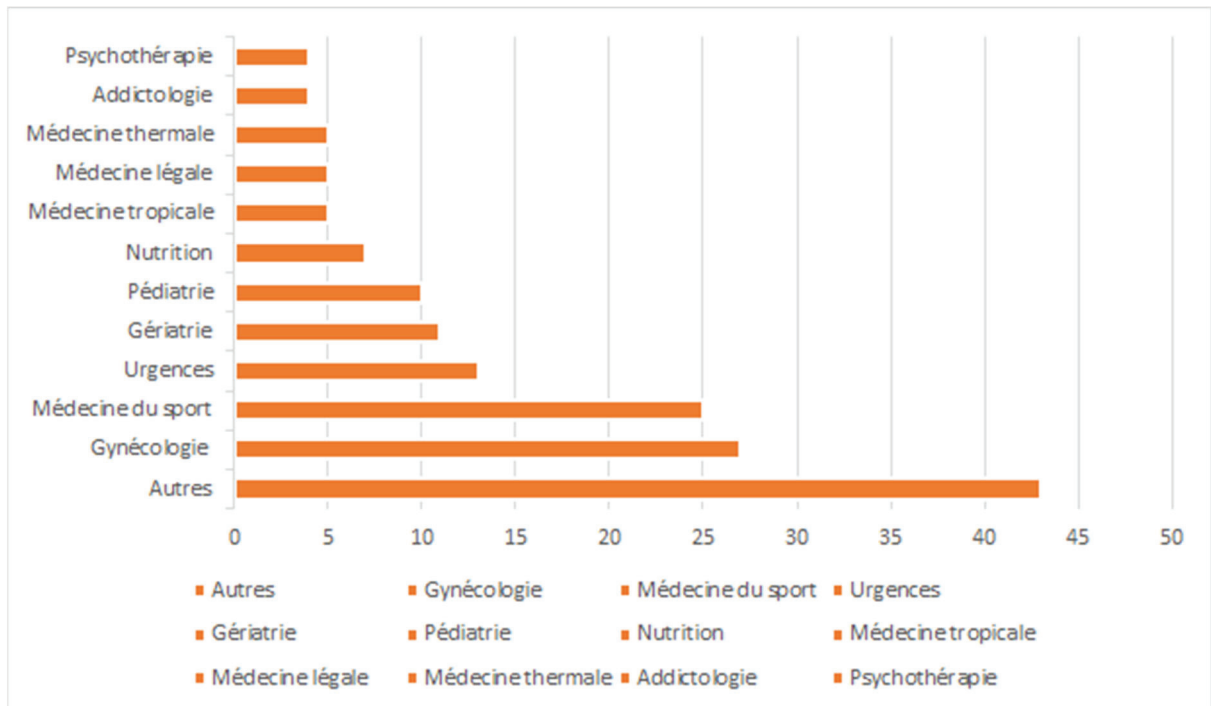
Toutes les réponses sont anonymes, et les données seront stockées sur le serveur sécurisé de l'Université Lyon 1.

Merci de votre participation !

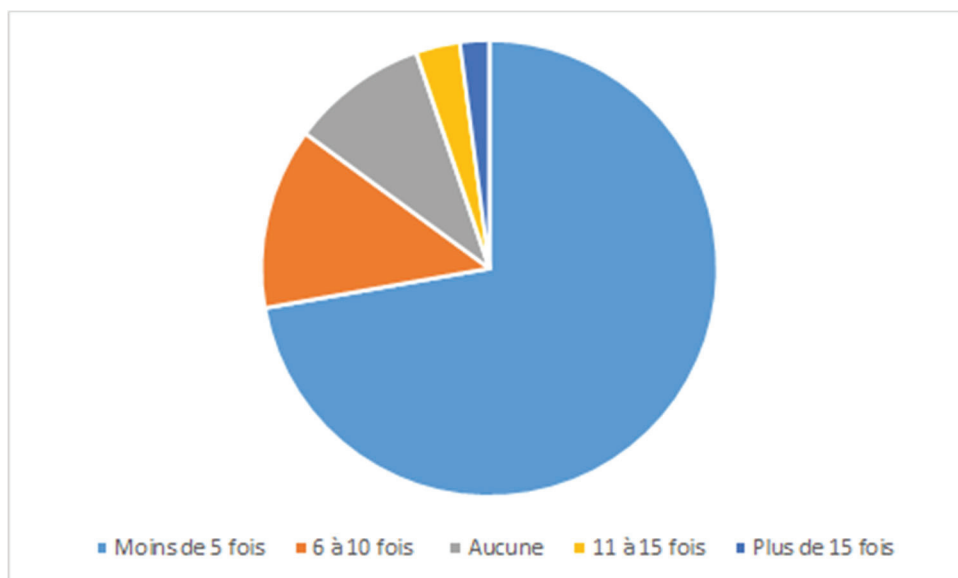
Claire ILLES, interne de médecine générale à la faculté de médecine de Lyon
claire.illes@free.fr »

ANNEXE 3

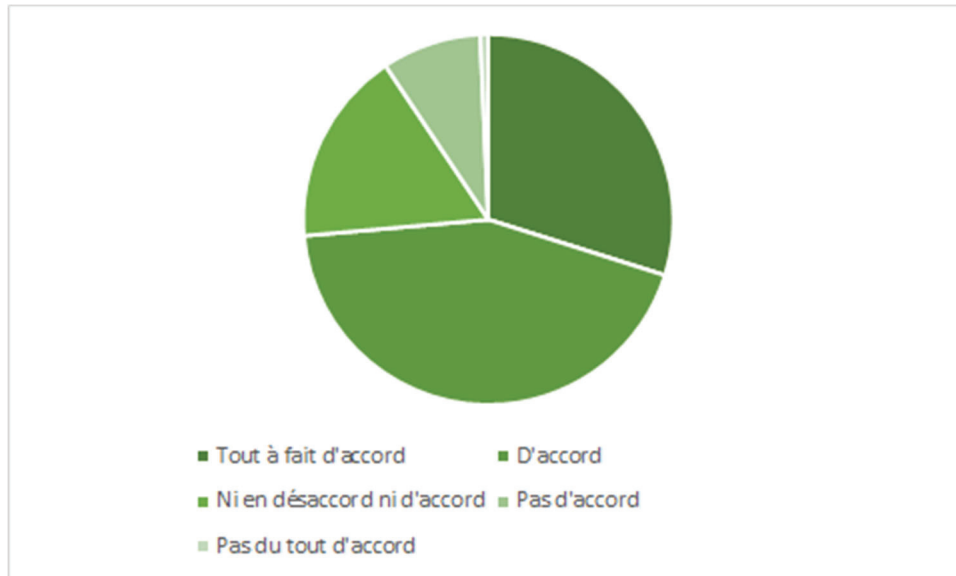
Graphiques



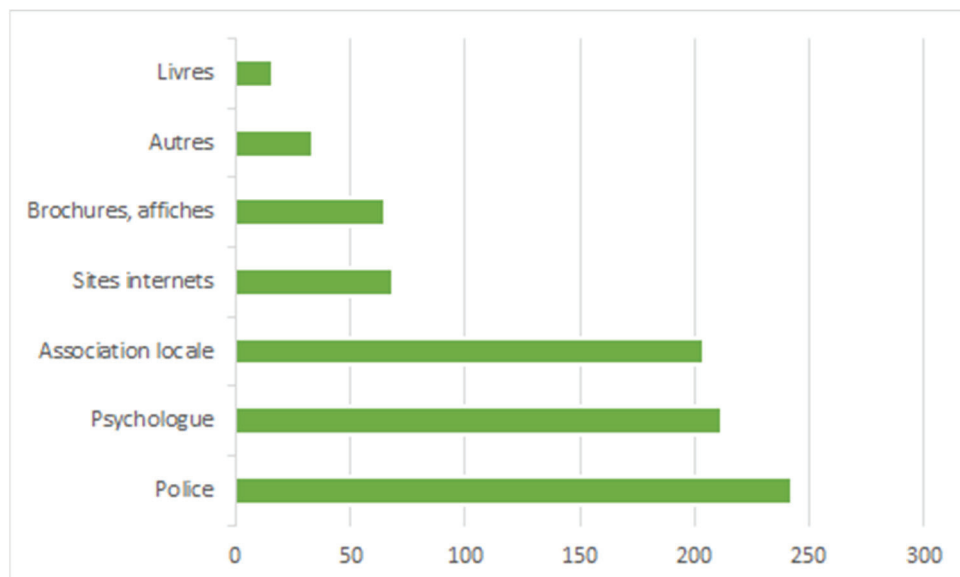
[FIGURE 1. DU et capacités]



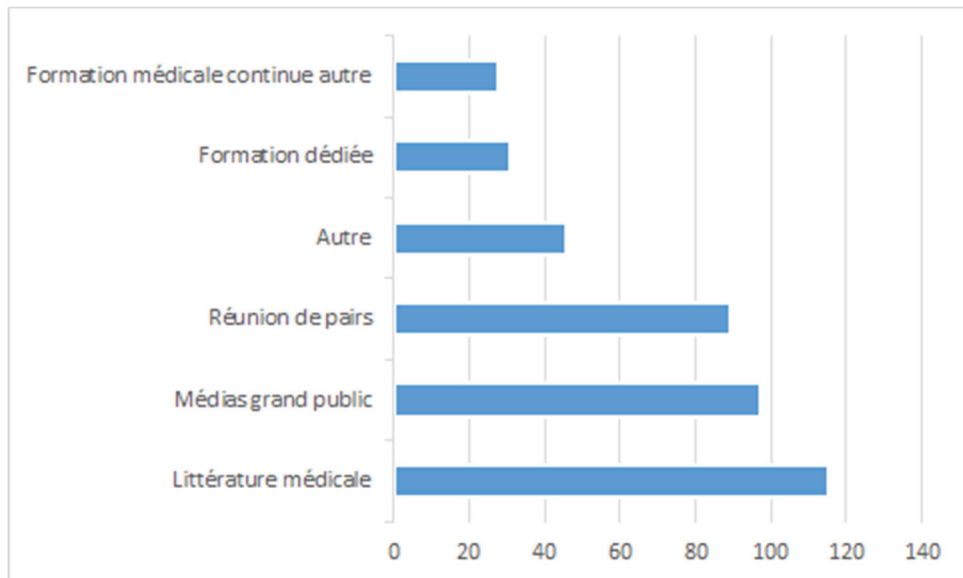
[FIGURE 2. Situations de violences conjugales en 2019]



[FIGURE 3. Adhésion à la phrase définissant les conséquences de l'emprise]



[FIGURE 4. Outils de prise en charge]



[FIGURE 5. Source d'informations sur l'emprise]

ANNEXE 4

Avis du comité d'éthique

Madame ILLES Claire,

Le comité d'éthique, qui s'est tenu le 17 mars 2020, a donné un avis favorable à votre protocole de recherche observationnelle, ainsi qu'au document d'information destiné aux personnes qui se prêtent à la recherche, concernant votre sujet « **Enquête de pratique sur la place du repérage de l'emprise dans les violences conjugales en médecine générale.** »

Voici le n° IRB : **2020-03-17-02**

Vous pouvez dès à présent commencer vos travaux de recherche.



ILLES Claire

CONCLUSIONS

Les violences conjugales sont un phénomène de société complexe directement lié à la problématique de l'égalité de genre. Leur reconnaissance en tant qu'enjeu majeur de santé publique est récente et des groupes de travail spécialisés se réunissent régulièrement pour établir des recommandations de prise en charge en médecine générale. Bien que le sujet soit porté à une part de plus en plus importante des médecins généralistes, ils ne sont pas suffisamment formés sur ses différents ressorts et peinent encore à prendre en charge de manière optimale les victimes. De nombreux travaux ont étudié les mécanismes psychologiques des violences. Parmi ces mécanismes, l'emprise psychologique, qui s'approche du contrôle coercitif décrit dans la littérature anglophone, est la résultante de micro-violences psychologiques quotidiennes qui brisent la confiance en soi des victimes et leur capacité à agir. Ce phénomène d'emprise semble omniprésent au sein des violences conjugales. Il altère de manière certaine le lien médecin-patient et soulève des questions concernant le dépistage et la prise en charge des violences.

Notre étude avait pour objectif de quantifier les connaissances, le dépistage et la prise en charge de l'emprise psychologique, dans le cadre des violences conjugales, par les médecins généralistes. Elle s'intègre au sein d'un corpus de trois thèses réalisées sur le sujet, comportant également une étude qualitative par entretien semi dirigé et une revue de littérature. Elle a été construite sous la forme d'une enquête de pratique soumise par mail aux médecins généralistes installés d'Auvergne-Rhône-Alpes, grâce à l'aide de l'URPS. Ce questionnaire comportant 15 questions recueillait auprès des participants des données démographiques, puis interrogeait leurs connaissances et leurs pratiques concernant l'emprise psychologique.

Il existe de nombreux freins à la prise en charge des violences et l'emprise en fait partie: les patientes victimes méconnaissent leur situation psychologique qui met très souvent en échec leur extraction des violences. L'évolution de ces situations nécessite une prise de conscience qui peut être initiée par le médecin généraliste, premier recours important dans le cadre des violences



conjugales. Ce travail apporte de nouvelles données dans l'étude des violences psychologiques. Si la majorité des médecins aborde le sujet des violences psychologiques en consultation, la prise en charge de l'emprise nécessite d'être améliorée. La plupart des médecins a déjà entendu parler du phénomène, mais rarement en formation dédiée. Leur connaissance est souvent parcellaire, et la formation dédiée apporte une connaissance plus structurée du phénomène. Qu'ils aient reçu une formation ou non, les médecins ont conscience de l'ambivalence des victimes lors de leur prise en charge et sont parfois mis en difficulté par cette ambivalence; ils ne font pourtant pas forcément le lien entre ces comportements, vécus comme des "dissimulations", du "sabotage", des "incohérences", et les conséquences psycho traumatiques des violences. Les conséquences de cette mise en difficulté peuvent être un accueil de moins bonne qualité, un retard de prise en charge, une perte de chance pour les victimes.

Des améliorations de la prise en charge sont possibles. Elles passent par la formation d'un plus grand nombre de médecins, notamment des internes en formation initiale, mais aussi par la formation médicale continue. Le contenu des formations doit faciliter la compréhension des mécanismes des violences, et proposer des pistes de prise en charge psychologique. Les médecins seront ainsi plus à même d'accueillir ces patientes complexes et de les faire prendre conscience de leurs troubles. Cette prise de conscience nécessaire par les victimes peut permettre d'améliorer leur adhésion à la prise en charge coordonnée par le médecin généraliste, avec les associations locales d'aide aux victimes, les psychologues et d'autres acteurs dans le repérage et la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Le Président de la thèse,
Professeur Laurent FANTON

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **16 FEV. 2022**



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

CLAIRE ILLES
REPÉRAGE DE L'EMPRISE, DANS LE CADRE DES VIOLENCES CONJUGALES, EN MÉDECINE GÉNÉRALE

RÉSUMÉ

Introduction : L'emprise est un mécanisme de violence psychologique participant à la complexité de la prise en charge des victimes de violences conjugales en médecine générale.

Matériel et Méthodes : Enquête de pratique quantitative par questionnaire auprès des médecins généralistes installés en Auvergne Rhône Alpes.

Résultats : La majorité des médecins généralistes a déjà entendu parler du phénomène d'emprise psychologique, par différents médias (littérature médicale, médias grands publics, réunion de pairs) rarement en formation dédiée. Les médecins ayant reçu une formation sur le sujet ont une connaissance plus structurée de ses mécanismes, dépistent davantage de patientes. Les médecins sont mis en difficulté dans leur prise en charge par l'ambivalence des victimes mais ne font pas toujours le rapprochement entre cette ambivalence et les conséquences psychotraumatiques des violences.

Conclusion : L'amélioration de la prise en charge de ce problème de santé publique passe par la formation d'un plus grand nombre de médecins. Ces formations doivent exposer les mécanismes de l'emprise et donner des clés pour son dépistage et sa prise en charge.

MOTS CLÉS

Emprise, contrôle coercitif, violence conjugale, repérage des violences, dépistage des violences, soins primaires, manipulation, isolement, dépendance, perte d'estime de soi, abus de pouvoir

JURY

Président : Monsieur le Professeur Laurent FANTON

Membres : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Monsieur le Professeur Thierry FARGE

Monsieur le Docteur Humbert DE FREMINVILLE

Madame la Docteure Cécile MORVANT

DATE DE SOUTENANCE 15/03/2022

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEURE

Mme Claire ILLES, 16 rue Pélisson 69100 VILLEURBANNE

claire.illes@free.fr

Faculté de Médecine Lyon Est

<http://lyon-est.univ-lyon1.fr/> • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER
CRÉER
PARTAGER