

Impact vicariant chez les médecins généralistes prenant en charge des femmes victimes de violences conjugales

Charlotte Goolaerts, les Angles, CCU-MG Aix-Marseille

Thèse soutenue par Dr Clara SCHLOUCH et Noélie POURE

Contexte

- 35 féminicides au 26/03/2025 en France
- Au niveau mondial, 1 femme sur 3 indique avoir subies des violences par son partenaire intime au cours de leur vie.
- En France en 2022, 118 femmes féminicides, dont 31 % étaient victimes de violences antérieures.
- Médecin généraliste = rôle central dans le dépistage et la prise en charge
- Traumatisme vicariant

Problématique

Quel est l'impact vicariant chez les médecins généralistes prenant en charge des femmes victimes de violences conjugales?

Objectif Principal

Explorer l'impact vicariant de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales chez les médecins généralistes.

Objectif secondaire

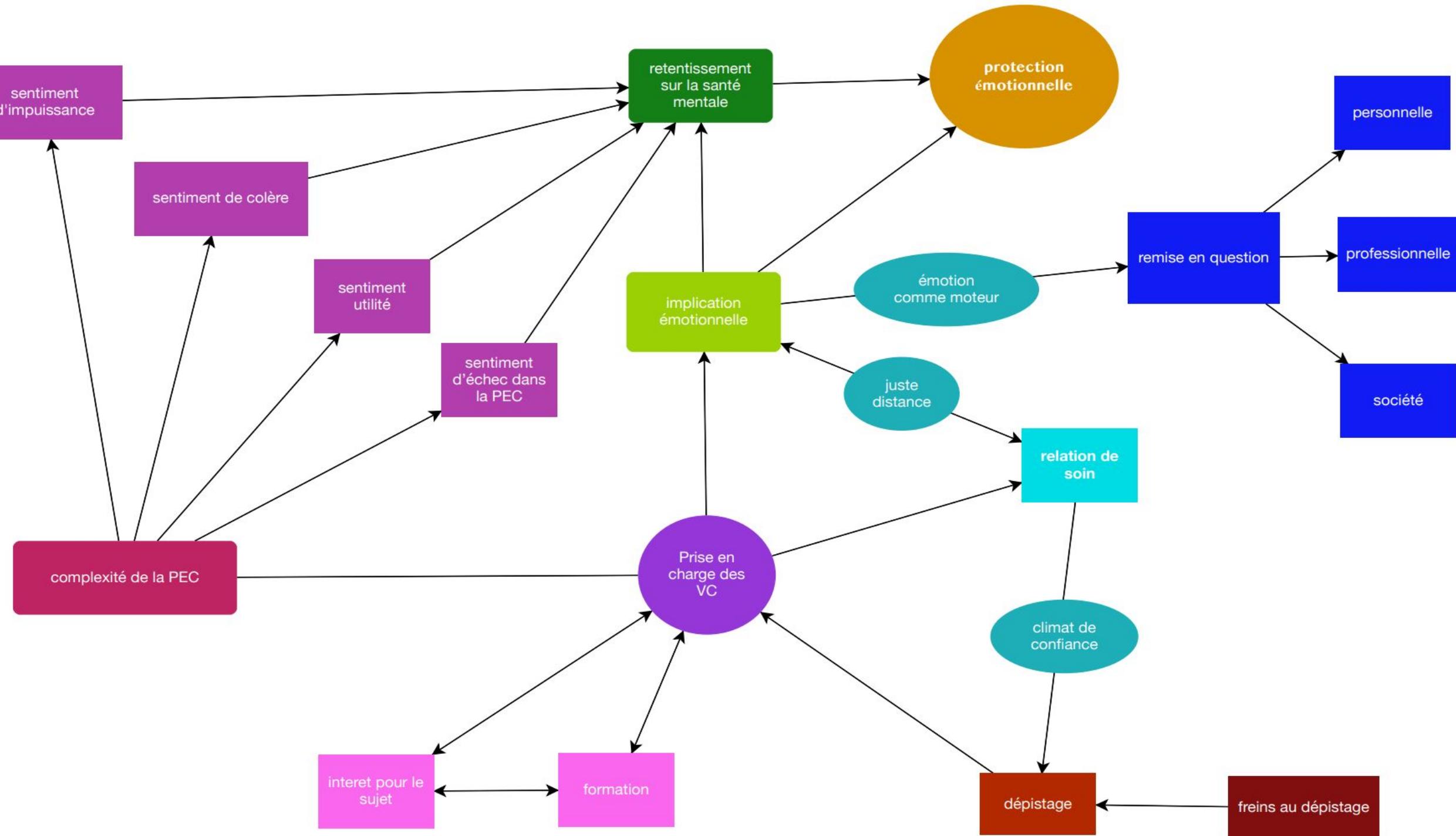
Explorer les stratégies mises en place par les médecins généralistes pour y faire face.

Matériels et Méthode

- Etude qualitative par entretiens semi-dirigés
- Population d'étude : médecins généralistes thésés, installés ou remplaçants, des départements 13 et 84.
- Recrutement par boule de neige
- Analyse interprétative phénoménologique
- Double codage avec le logiciel Nvivo

Résultats

	Genre	Age	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Installation	MSU	Démographie	Niveau socio-économique patientèle	Durée entretien (min)
M1	H	40-44	MSP	Semi rural	2013	Oui	Variée	MH	27
M2	F	40-44	MSP	Rural	2012	Oui	Variée	MH	23
M3	H	30-34	MSP	Urbain	2021	Non	Variée	Faible	17
M4	H	30-34	Remplaçant	Urbain - semi rural	/	Non	Varié	Varié	20
M5	H	30-34	Remplaçant	Urbain	/	Non	Varié	MH- Faible	15
M6	H	60-64	Groupe	Semi Rural	1990	Oui	70% âgé 30% adultes	MH	38
M7	H	60-64	Seul	Rural	1989	Oui	Adultes	MH	26
M8	H	35-39	MSP + PASS	Urbain	2021	Oui	Varié	Faible	24
M9	H	35-40	MSP	Urbain	2016	Non	Variée	Faible	16
M10	F	55-59	MSP + Planning familial	Semi Rural	2000	Oui	1/3 gynéco 1/3 pédiatrie 1/3 Adulte	MH	32
M11	F	30-34	Collaboratrice MSP	Semi Rural	2022	Non	Varié	MH	20
M12	F	25-29	MSP	Urbain	2022	Non	Varié	Varié	17
M13	F	60-64	MSP	Urbain	1990	Oui	Varié	Varié	21
M14	F	45-49	Groupe	Urbain	2008	Oui	Varié	Faible	35



Résultats

- **Intérêt variable** pour le sujet

- Sujet **d'actualité** :

"Bon après tout ce qui est violence faites aux femmes, depuis l'affaire Weinstein, pour moi ça a été une révélation épidémiologique" (M1)

- La plupart considèrent **ne pas avoir été formés** à la prise en charge des violences conjugales

Eléments de la prise en charge

- 1) Le dépistage, début de la prise en charge
- Le médecin généraliste = **premier recours** pour les patientes
- Dépistage **systématique** vs dépistage sur **point d'appel** :

“Quand elles viennent souvent, qu'on sent qu'elles sont un peu en détresse, je vais poser des questions” (M3)

- **Diagnostic masqué** par des motifs de consultation variés
- Prise de conscience de la prévalence et du **sous-diagnostic**
- Importance d'**oser poser la question**, plus d'aisance avec l'expérience
- Nombreux **freins au dépistage** : manque de temps, sentiment d'être intrusif notamment pour les patientes chroniques, appréhension à se confronter à la situation

“C'est des situations qui sont pas agréables en tant que soignant, donc c'est peut-être pour ça qu'on évite de les dépister !” (M14)

Eléments de la prise en charge

2) Prise en charge proposée

- Réalisation d'un CMI, signalement au procureur de la République
- Traitements médicamenteux
- Orientation vers une psychothérapie
- Encourager la patiente dans ses démarches
- **Proposer une écoute**



"Mais en permanence je suis amené à réviser ma position pour être toujours à l'écoute. [...] on a affaire à des victimes qui ont énormément besoin d'être écoutées puisque c'est absolument le contraire de ce qui se passe dans leur couple." (M7)

- S'appuyer sur le **réseau local** : orientation vers des associations d'aide

Eléments de la prise en charge

3) Complexité de la prise en charge

- **Consultations longues** et prise en charge **au long court**
- **Démarches juridiques** complexes et n'aboutissant pas toujours
- Prise en compte du **contexte social et culturel** de la patiente
- Phénomène d'**emprise**
- **Manque d'adhésion** de la patiente à la prise en charge

Ressenti du médecin généraliste

1) Au cours de la consultation

- Sentiment d'**impuissance**, de **lassitude** voire de **colère** :

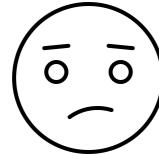
- Manque de connaissances et de moyens
- Manque d'adhésion à la prise en charge

"parfois un peu en colère ça m'est arrivé, à la longue, qu'elle ne fasse rien et qu'elle vienne tout le temps avec les mêmes plaintes et que ça bouge pas" (M3)

Colère également envers la société, la situation ou l'agresseur

- Sentiment d'**échec** de la prise en charge
- Sentiment d'**utilité**

"C'est pour ça que je fais ce métier c'est-à-dire pour aider les personnes, aider mon prochain [...] réellement y'a des gens qui ont besoin de nous" (M4)



Ressenti du médecin généraliste

2) Ressenti dans la relation de soins

- Créer un climat de confiance
- Une **relation de confiance** qui s'entretient
- Facteur de **rupture dans la relation** de soins

“La patiente qui vous livre une situation de conflit dans un couple, surtout quand vous êtes médecin de famille et que vous suivez les deux personnes du couple parfois ils ont des difficultés à revenir vous voir” (M2)

- Importance de l'**empathie**, en gardant une **juste distance**

“Il faut arriver à prendre un certain recul en tant que soignant, tout en gardant une empathie. [...] Cette juste distance donc pour avoir une empathie efficace dans une relation de soin, est quelque chose que j'ai appris avec le temps et avec l'expérience” (M7)

Ressenti du médecin généraliste

3) Implication émotionnelle

- Comparable au suivi d'une pathologie chronique
- Certains MG particulièrement touchés par les situations de VC
- Difficulté à garder une juste distance
- **Identification** à la patiente

"Parce que, peut-être, que quand c'est des personnes qui ont à peu près notre âge ou notre train de vie, on peut facilement faire un... alors peut-être pas un miroir ni un transfert, mais un peu s'assimiler. S'identifier" (M11)

- Emotion utilisée comme **moteur pour la pratique**

"Ces émotions et ces consultations, elles me... font ressentir, elles me donnent envie d'être le plus performant et le plus compétent possible" (M8)

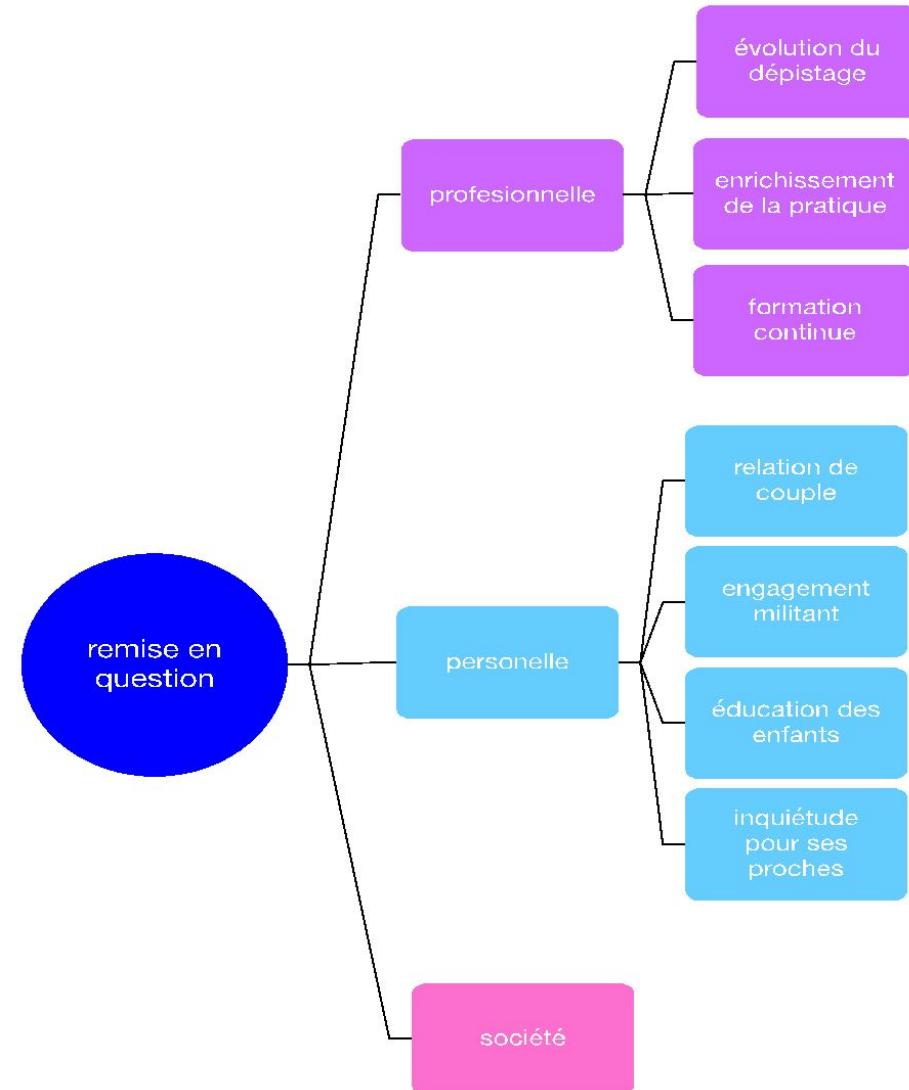
Conséquences sur le médecin généraliste

1) Remises en question

- **Professionnelle** : manière de dépister, nécessité de se former, source d'enrichissement professionnel, consultations qui donnent un sens à la pratique
- **Personnelle** : inquiétude pour les proches, questionnements sur les comportements au sein du couple, éducation des enfants, engagement militant

“Et depuis ça me renvoie à ma vie personnelle, ma femme, ma fille, comment les prévenir, et même mon fils hein. Comment l'éduquer dans une conception égalitaire et sereine du rapport homme/femme” (M1)

- **Sociétale** : évolution des normes sociales, perception des rapports homme/femme



Conséquences sur le médecin généraliste

2) Retentissement sur la santé mentale



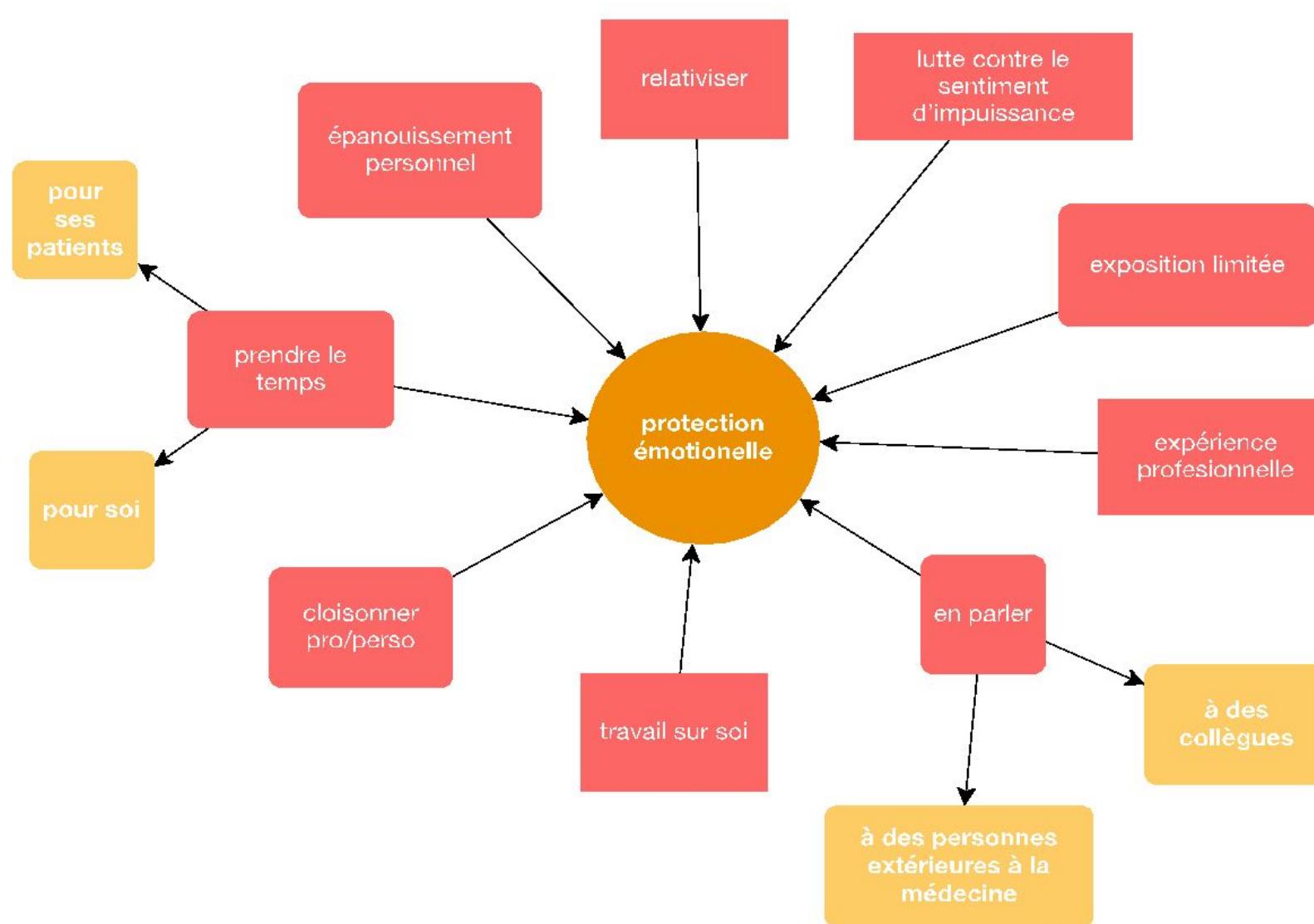
- Pas de répercussion
- Prises en charge **peu fréquentes**
- Sensation de **choc, préoccupation, anxiété, épuisement professionnel**

“Au départ ça m'a un peu traumatisé quand même, je me suis dit : si c'est comme ça à chaque fois qu'on t'appelle... [...] ça m'avait peut-être empêché de dormir 2 ou 3 soirs” (M6)

- **Peur pour leur sécurité**, mise en place de moyens de protection

“J'ai eu quelqu'un de très violent qui est venu me menacer” (M13)

Conséquences sur le médecin généraliste



Discussion

Forces

- Thématique peu abordée,
travail original
- **Validité interne** : double codage et atteinte de la suffisance des données

Limites

- **Investigatrices inexpérimentées** : évolution du guide d'entretien et amélioration de la qualité des entretiens au fur et à mesure
- **Biais de recrutement** : médecins interrogés déjà sensibilisés à cette thématique

Différences avec les résultats de la littérature

- Intensité des symptômes
- Symptômes physiques, poussée de maladie chronique, consommation de toxique (15-18)
- Perte de confiance en les hommes, peur (15-18)
- Populations différentes : principalement des femmes, travailleurs sociaux ou de la santé mentale (15-18)
- Fréquence d'exposition moins importante chez les MG

Facteurs de risque de traumatisme secondaire

- Modèle du stress et de la fatigue de compassion de Figley⁽¹⁹⁾
 - Capacités d'empathie
 - Exposition prolongée à la souffrance du patient
 - Souvenirs traumatisques
 - Perturbations de la vie personnelle
- Théories cognitives^(9, 20)
 - Interactions entre la contagion émotionnelle et le stress professionnel

Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care

1437

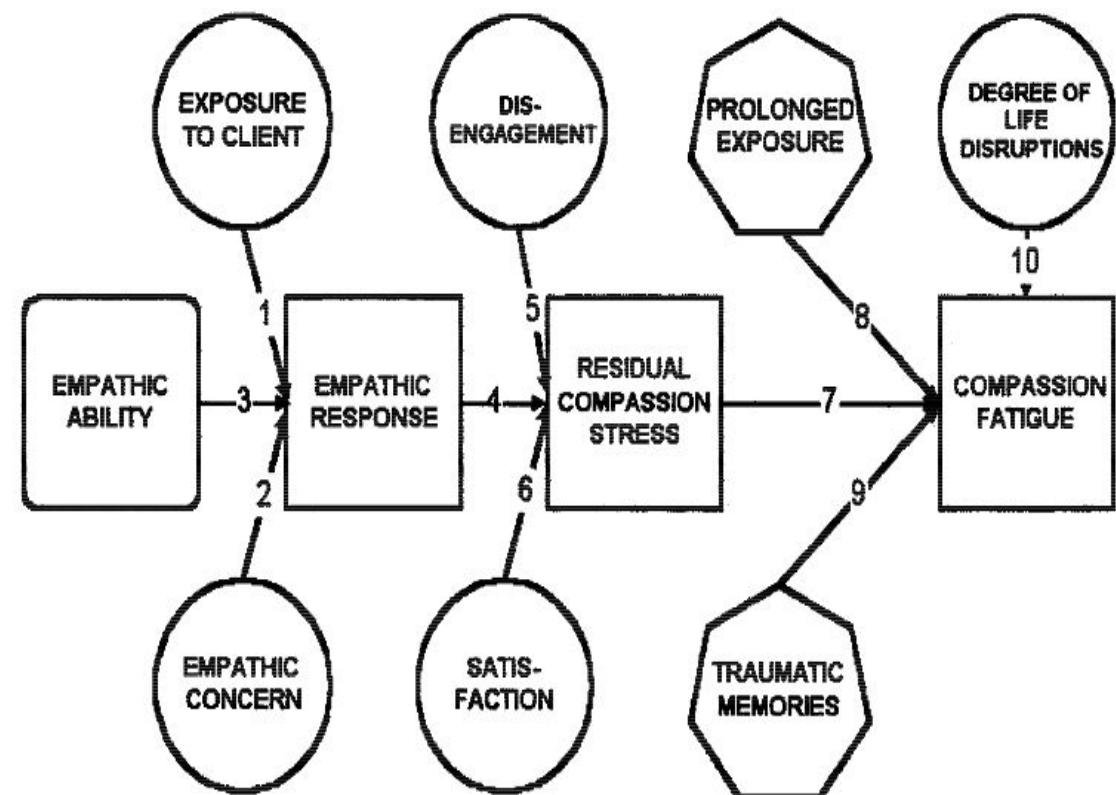


Figure 1. Compassion Stress and Fatigue Model (Figley, 1995, 1997).

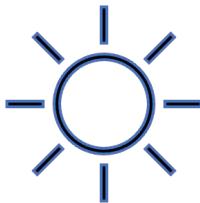
Stratégie de Coping

Mécanismes cognitifs et comportementaux permettant une adaptation et une régulation des émotions face à une situation de stress.

- Self-care et épanouissement personnel
- *Coping actif* et planification
- Relativiser
- En parler

Stratégies inadaptées : favorisent la traumatisation secondaire

- L'expérience : serait un facteur protecteur du TV



Impact positif : 3 concepts

- La satisfaction de compassion
 - La résilience vicariante
 - La croissance vicariante post traumatique
-
- Dans notre étude:
Emotion comme moteur, satisfaction, sentiment d'utilité, donner un sens à sa pratique.



Spécificité des violences conjugales



Implication émotionnelle
favorisée par
l'identification (23, 24)



Nécessité d'une prise en
charge **pluridisciplinaire** (26)

Conclusion

- Le MG a un **rôle central** dans la prise en charge des VC.
- Impact émotionnel ☐ apparenté à un **traumatisme vicariant**
- Répercussion sur **leur pratique**
- Répercussion sur **leur santé mentale**
- **Remise en question** professionnelle, personnelle et sociétale
- **Stratégie de Coping** ☐ améliorer leur exercice
- **Résilience vicariante**