



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Intérêt du violentomètre dans le dépistage des violences
conjugales : Étude qualitative auprès de médecins généralistes.**

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 1 Juin 2023 à 16h
au Pôle Formation
par Manon LEMAIRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs :

Monsieur le Docteur François DELFORGE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Fanny SERMAN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

HAS	Haute Autorité de Santé
MIPROF	Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains
MG	Médecin généraliste
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SRQR	Standard for Reporting Qualitative Research
VC	Violences conjugales

Table des matières :

Résumé	7
Introduction	8
I. Définitions	8
A. Généralités	8
B. Distinction entre violence et conflit conjugal.....	8
C. Différents types de violences.....	9
II. Epidémiologie	10
A. Violences conjugales en France.....	10
B. Cas régional	10
C. Profil des victimes.....	10
D. Types de violences	11
E. Vers qui se tournent les victimes de VC ?	11
F. Conséquences sur la santé.....	11
III. Dépistage	13
A. Définition.....	13
B. Point de vue des médecins généralistes (MG) sur le dépistage des VC... 14	
1. Fréquences des VC sous estimées.....	14
2. Type de dépistage	14
3. Freins au dépistage systématique.....	14
4. Ressenti des MG face au dépistage des VC.....	15
C. Points de vue des patientes sur le dépistage des violences conjugales... 15	
1. Facteurs facilitant la discussion	16
2. Barrières à la discussion.....	16
D. Recommandations de bonnes pratiques sur le dépistage..... 17	
1. Avis sur le dépistage systématique.(3)..... 17	
a) Dans le monde.....	17
b) En France	17
2. Repérage des violences conjugales : recommandations HAS.(3) (Annexe 7)	18
a) Créer un environnement favorable	18
b) Questionner sans signes d’alerte pendant l’anamnèse.....	18
c) Questionner devant des signes d’alerte	18
E. Outils de dépistage des VC	19
F. Violentomètre	20
IV. Objectif de l’étude.	21
Matériels et méthodes	22
I. Type d’étude	22
II. Populations étudiées.....	22
III. Recueil des données	23
IV. Analyse des données.....	23
V. Aspect éthique et réglementaire	24
Résultats	25
I. Entretiens et échantillons.....	25
II. Résultats principaux.....	26
A. Diagnostic des violences	26

1.	Type de dépistage.....	26
a)	Dépistage ciblé.....	26
b)	Dépistage systématique.....	28
c)	Absence de dépistage.....	29
d)	Des questions claires et directes.....	29
2.	Difficultés rencontrées pour faire le diagnostic.....	29
a)	Difficultés liées aux médecins.....	29
b)	Difficultés Liées aux patientes.....	31
c)	Difficultés Liées aux violences.....	32
d)	Difficultés Liées à la relation médecin/patient.....	32
3.	Outils de dépistage.....	33
B.	Prise en charge des violences conjugales.....	33
1.	Type de prise en charge.....	33
a)	Prise en charge spécifique aux médecins généralistes.....	34
b)	Orientation vers d'autres institutions.....	35
2.	Ressenti des médecins généralistes.....	37
a)	Prise en charge difficile.....	37
C.	Violentomètre.....	39
1.	Un outil méconnu.....	39
2.	Points forts du violentomètre.....	39
a)	Un outil bien conçu.....	39
b)	Rôle du violentomètre dans le dépistage.....	41
3.	Limites du violentomètre.....	42
a)	Ce qu'il manque.....	42
b)	Ce qu'il faudrait.....	42
c)	Appréhension des médecins.....	43
4.	Utilisation.....	44
a)	Envie de l'utiliser.....	44
b)	Moyen d'utilisation.....	45
	Discussion.....	49
I.	Résultats principaux.....	49
A.	Le dépistage ciblé est privilégié par les médecins.....	49
B.	Le diagnostic des violences est difficile.....	50
C.	Les outils de dépistage sont peu connus par les médecins.....	50
D.	Le violentomètre, un outil avec des forces et des limites.....	50
E.	Les médecins ont envie d'utiliser le violentomètre et recommanderaient son utilisation à leurs confrères.....	51
F.	Des pistes pour l'utilisation dans les cabinets de médecine générale.....	51
II.	Comparaison à la littérature.....	51
A.	Le dépistage ciblé est privilégié par les médecins.....	51
B.	Le diagnostic des violences est difficile.....	52
C.	Les outils de dépistage sont peu connus par les médecins.....	52
D.	Le violentomètre.....	53
1.	Le violentomètre, un outil avec des forces et des limites.....	53
2.	Les médecins ont envie d'utiliser le violentomètre et conseilleraient son utilisation à leurs confrères.....	53
3.	Des pistes pour l'utilisation du violentomètre dans les cabinets de médecine générale.....	54
III.	Forces et limites de l'étude.....	54
A.	Forces.....	54
1.	Validité interne.....	54
2.	Validité externe.....	55

B. Limite	55
1. Biais de sélection.....	55
2. Biais de désirabilité.....	55
3. Biais d'intervention	56
4. Biais d'interprétation.....	56
IV. Perspectives	56
A. Violentomètre : un outil à évaluer.	56
B. Formation.	57
C. Repérage et prise en charge des agresseurs.	57
Conclusion	59
Références bibliographiques	60
Annexes.....	64
Annexe 1 : Guide d'entretien	65
Annexe 2 : Lettre d'information aux participants	66
Annexe 3 : Déclaration de conformité à la protection des données personnelles.	67
Annexe 4 : Exemple d'entretien : entretien M10	68
Annexe 5 : Questionnaire WAST	73
Annexe 6 : Violentomètre	74
Annexe 7 : Fiche de recommandation HAS	75
Annexe 8 : Critères SRQR.	78

RESUME

Introduction : Les violences conjugales sont un problème majeur de santé publique : en 2021 en France, 213 000 femmes ont été victimes de violences conjugales. Ces violences sont responsables de conséquences multiples sur la santé. Les médecins généralistes sont des interlocuteurs privilégiés pour leur dépistage. En 2023, il n'existe pour l'instant qu'un seul outil d'aide au dépistage validé en français, le questionnaire WAST. Depuis 2018, le violentomètre un auto-questionnaire présenté sous forme de règle graduée a fait l'objet d'une large campagne de diffusion notamment pour sensibiliser les jeunes aux violences conjugales. Cet outil recense 23 exemples de comportement type, qu'un partenaire peut avoir.

L'objectif de cette étude est de déterminer quelles sont les représentations des médecins généralistes concernant le dépistage des violences conjugales et d'évaluer l'intérêt pour eux l'utilisation du violentomètre comme nouvel outil de dépistage.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative. Quatorze entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecin généraliste des Hauts de France en présentiel ou en visio-conférence.

Résultats : Les médecins généralistes privilégient le dépistage ciblé. Ils trouvent le dépistage et la prise en charge des violences conjugales difficiles. Plusieurs facteurs liés aux médecins eux-mêmes, aux patientes et aux violences sont évoqués pour justifier de cette difficulté. Les outils de dépistages des VC sont peu connus des médecins. Après présentation, il apparaît que les médecins ont envie d'utiliser le violentomètre dans leurs pratiques. Le violentomètre est perçu comme un outil avec des points forts, et ce notamment en lien avec sa conception et son utilité pour le dépistage. Certaines limites ont aussi été évoquées par les médecins interrogés concernant des éléments manquant ou une appréhension d'utilisation. Divers moyens d'utilisation du violentomètre ont été proposés dont affichage en salle d'attente, aide à la discussion ou score.

Conclusion : Le violentomètre est un outil de dépistage perçu comme utile par les médecins généralistes et il paraîtrait pertinent de prévoir une étude diagnostique pour valider son utilisation comme outil de dépistage adapté à la pratique de médecine générale.

INTRODUCTION

I. Définitions

A. Généralités

Les Nations Unies définissent la violence à l'encontre des femmes de la façon suivante : « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée »(1)

Selon l'OMS, la violence par un partenaire intime se définit comme « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, ce qui inclut l'agression physique, les relations sexuelles sous contrainte, la violence psychologique et tout autre acte de domination sur le plan économique ou administratif et un isolement social de la victime »(2)

B. Distinction entre violence et conflit conjugal.

Les violences conjugales sont à distinguer des conflits conjugaux. La violence contrairement au conflit, est interdite par la loi. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), on parle de « conflit conjugal » si le positionnement est égalitaire dans les interactions et deux points de vue s'opposent. On parle de « violence au sein du couple » si le rapport de force est asymétrique (dominant/dominé), avec la volonté de contrôler sa partenaire et de la maintenir sous emprise. Ces violences créent un climat de peur et de tension permanent. Le plus souvent, les faits de violences sont récurrents et cumulatifs. Ils s'aggravent et s'accroissent avec le temps, d'où l'intérêt et l'importance d'un repérage précoce. (3)

C. Différents types de violences

Les violences conjugales peuvent prendre plusieurs formes, souvent cumulées et imbriquées. Elles peuvent être verbales, psychologiques, physiques, sexuelles, économiques, spirituelles. Quoi qu'il en soit, le but est toujours de contrôler et dominer le partenaire.(4)

Un article publié dans la revue du praticien en 2005 sur le repérage des victimes définissait les différents types de violences de la manière suivante :

Les violences verbales et psychologiques sont les premières à s'installer. Ce sont des comportements et des propos répétés visant à dévaloriser, humilier, mépriser, intimider, menacer, harceler, isoler ou contrôler le ou la partenaire.

Les violences verbales s'expriment à travers des mots (menaces, cris, insultes) et la façon de les dire (tonalité et débit de parole).

Les violences physiques regroupent tous les coups portés : gifles, morsures, brûlures, bousculades, séquestration, l'utilisation d'armes et d'objets, la destruction de bien personnel ou la privation de moyen de communiquer.

Les violences économiques s'exercent différemment selon la situation professionnelle du couple (quel conjoint a un emploi et qui a le revenu le plus élevé). Le conjoint peut contrôler les comptes bancaires et les moyens de paiement, refuser de donner de l'argent, jusqu'à s'approprier toutes les ressources, créant ainsi une dépendance matérielle.

Les violences sexuelles rassemblent non seulement les sévices, le harcèlement et l'exploitation sexuels, mais également les relations sexuelles non désirées par la conjointe. Il peut s'agir de pratiques sexuelles imposées ou de relations sexuelles sous contrainte, appelées viol conjugal.

Les autres formes de violences : il peut s'agir d'imposer une religion ou une croyance (croyances sectaires, racisme), de confisquer des documents importants (papier d'identité, carte vitale, livret de famille), d'empêcher l'autre d'avoir un travail.(5)

II. Epidémiologie

A. Violences conjugales en France

La première enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France date de 2003 (ENVEFF). Sur un échantillon de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans, dans les 12 mois précédents l'enquête, 10% des femmes ont été victimes de violences conjugales.(6)

En 2021, la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a recensé 213 000 femmes victimes de violences physiques ou sexuelles exercées par un conjoint ou ex conjoint sur une année (6). Le nombre de victimes de violences conjugales a augmenté de 21% par rapport à 2020 (7). Il y a eu 143 homicides conjugaux en 2021.(7)

B. Cas régional

Selon les chiffres de la sécurité intérieure en 2021, les départements du Nord et du Pas de Calais étaient particulièrement touchés, ils faisaient partie des 10 départements les plus touchés avec 11,3 cas pour 1000 habitants dans le Nord et 10,9 cas pour 1000 habitants dans le Pas de Calais.(8).

C. Profil des victimes

En France, en 2021, sur l'ensemble des victimes, 87% étaient des femmes. (7)

Il y a eu 122 féminicides en 2021 sur les 143 homicides conjugaux (6). En 2019, 1 femme sur 6 déclarait avoir été victime de VC au moins une fois depuis l'âge de 15 ans contre 1 homme sur 18, d'après l'enquête « cadre de vie et sécurité ».(9)

En 2021, la moitié des victimes avaient entre 25 et 39 ans, les violences entre conjoints/petits-amis étant très rares chez les moins de 20 ans (5 % des victimes) et à partir de 60 ans (4 % des victimes)(8)

D. Types de violences

En 2021, sur l'ensemble des victimes, 86 % ont subi des violences physiques, combinées ou non avec des violences sexuelles. Les violences sexuelles concernent quant à elles 29% des victimes. Enfin, 15 % des victimes ont subi à la fois des faits de nature physique et sexuelle(9).(7)

En 2000, parmi les femmes victimes de violences physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint, 8 sur 10 déclaraient avoir également subi des atteintes psychologiques ou des agressions verbales. (6)

Près de 7 victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple sur 10 (69 %) déclaraient avoir subi plusieurs fois ce type de violences au cours de l'année précédente.(10)

L'enquête GENESE, publiée en 2021 par la sécurité intérieure, rapporte que dans la population des 18-74 ans, 1 femme sur 4 et 1 homme sur 5 déclaraient avoir subi au moins une fois depuis l'âge de 15 ans des violences psychologiques par partenaire.(10)

E. Vers qui se tournent les victimes de VC ?

Toujours selon la MIPROF, les professionnels de santé sont le premier recours des femmes victimes de violences au sein du couple.

25% des victimes ont consulté un médecin suite aux violences, 19% ont rencontré un psychiatre, 12% ont parlé de leur situation aux services sociaux et 7% ont rencontré une association d'aide aux victimes. 55% des victimes ont pas entrepris de démarche.(9) (7)

Le recours aux institution judiciaire sont encore peu fréquent, en effet moins d'1 victime sur 5 déclare avoir déposé plainte.

F. Conséquences sur la santé.

Les violences conjugales (VC) ont un impact majeur sur la santé.

Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) sur les violences et la santé, publié en 2002, les victimes de VC perdent 1 à 4 années de vie en bonne santé.
(11)

Les conséquences sur la santé sont multiples selon l'Haute Autorité de Santé (HAS)(4) :

- Lésions traumatiques (multiples et répétées)
- Maladie chronique déséquilibrée
- Décès
- Mésusage et surconsommation médicamenteuse : les femmes victimes de violences consomment 4 à 5 fois plus de traitement psychotrope que les femmes de la population générale.
- Impacts psychologiques : sentiments de culpabilité, troubles psychosomatiques (douleurs chroniques, céphalée, asthénie, troubles digestifs), troubles du sommeil, troubles de l'alimentation, troubles de la concentration.
- Pathologies psychiatriques :
 - État d'anxiété et de panique,
 - Syndrome dépressif : 5% des femmes victimes de VC ont fait une tentative de suicide(12). D'après une étude anglo-saxonne, plus de 50% des victimes souffrent de symptômes de dépression.(13)
 - Syndrome post-traumatique : la moitié des victimes (47 à 58% selon les études) souffre de stress post traumatique(12).
 - Addiction et abus de substance.
- Complications sexuelles : lésions traumatiques, infections génitales et urinaires à répétition, et infections sexuellement transmissibles, douleurs pelviennes chroniques et troubles sexuels
- Conséquences au cours de la grossesse :
 - Grossesses non désirées et Interruptions volontaires de grossesse (IVG).
 - Complications obstétricales.
 - Complications fœtales (mort in utero, retard de croissance intra-utérine, prématurité, faible poids à la naissance).

- Retard ou absence d'accès aux soins périnataux.
- Comportements à risque (consommation de tabac, d'alcool, de drogues illicites et mauvaise nutrition maternelle).

La psychiatre Muriel Salmona explique également que les violences conjugales ont de lourdes conséquences psychotraumatiques à court, moyen et longs termes. Elles impactent la santé, la scolarité, la vie affective, sexuelle et sociale, et sont un facteur de risque majeur de re-victimisation (14).

Les VC sont donc un problème majeur de santé publique et doivent faire l'objet d'un dépistage précoce par le médecin généraliste.

III. Dépistage

A. Définition

Un dépistage vise à détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes à priori en bonne santé et qui ne présentent pas encore de symptômes apparents. L'objectif est de diagnostiquer la maladie le plus tôt possible afin de la traiter rapidement et ainsi freiner ou stopper sa progression (15).

Il existe différents types de dépistage :(16)

- systématique dit « de masse » : la population recrutée est non sélectionnée.

- sélectif ou ciblé : la population recrutée est sélectionnée sur des critères préalablement définis (facteurs de risques mis en évidence par des études contrôlées)

- organisé ou communautaire : la population est recrutée dans la communauté.

Le dépistage est proposé dans le cadre de campagnes de dépistage et il s'appuie sur la participation volontaire des sujets ;

- opportuniste : la population est recrutée pour le dépistage lors d'un recours aux soins : hospitalisation, visite médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail ;

-multiple : il consiste en la recherche simultanée de plusieurs affections par l'utilisation simultanée de plusieurs tests de dépistage.

B. Point de vue des médecins généralistes (MG) sur le dépistage des VC.

1. Fréquences des VC sous estimées

Plusieurs études qualitatives française et anglo-saxonnes (publiées entre 2007 et 2010), montrent que les MG ont tendance à sous-estimer la fréquence des VC. En effet, même s'ils pensent avoir un rôle à jouer dans le dépistage et la prise en charge des violences, ils se considèrent peu confrontés au problème pour la plupart et estiment que la prévalence des violences est faible dans leurs patientèles. Dans ces études, si certains médecins ont semblé conscients du nombre de cas non dépistés, il n'a pas été possible de savoir quelle était leur représentation de la fréquence du phénomène dans la population générale.(17)(18)

2. Type de dépistage

Une étude qualitative sur le ressenti des MG sur la prise en charge des violences conjugales a été publiée en 2010 par la revue *Exercer*. Une partie des questions posées s'intéressait au dépistage. Les résultats sont les suivants :

- Le plus souvent, ce sont les femmes elles même qui parlent des violences qu'elles subissent aux MG.
- Le dépistage ciblé est celui privilégié par les médecins. Ceux qui posent la question des VC le font sur des éléments d'ordre traumatique. Les signes évocateurs de violence pour les médecins sont principalement les coups et les troubles psychologiques.

Dans cette étude, aucun médecin n'a évoqué spontanément le dépistage systématique.(17)

3. Freins au dépistage systématique

Toujours dans cette même étude publiée par *Exercer*, quand la question du dépistage systématique a été posée aux MG, celle-ci a engendré de vives réactions. La

démarche a été qualifiée « d'intrusive ». Certains médecins y étaient totalement opposés.

D'autres ont signalé les difficultés d'un tel dépistage :

- Manque de temps
- Peur de brusquer les patientes
- Formation sur la prise en charge des VC considérée comme insuffisante.

Ce type de dépistage semble être ressenti comme différent des autres dépistages en médecine générale. (17)

4. Ressenti des MG face au dépistage des VC.

Différentes études qualitatives constatent que même si le diagnostic potentiel est présent dans leurs esprits, les MG hésitent à poser la question des violences. Ils craignent d'ouvrir la « boîte de Pandore » et de se trouver face à une problématique qui les dépasse. Ils ressentent un profond inconfort exprimé de différentes manières. Certains médecins pensent que poser la question des violences peut être douloureux, potentiellement intrusif ou gênant pour les patientes. Les autres freins évoqués sont le manque de temps, le manque de confiance ou d'expérience pour savoir comment gérer ces situations et un manque d'information des organismes de référence.

Lorsque le problème est discuté ouvertement, les praticiens déclarent souvent être découragés par l'attitude de la patiente : son ambivalence, son refus de quitter son partenaire ou de déposer plainte. Ils auront de la difficulté à maintenir une relation à la fois empathique et respectueuse de l'autonomie de leur patiente. Ils sont cependant, généralement, surpris de la bonne réaction des patientes lorsqu'ils posent la question. (17)(18) (19)

C. Points de vue des patientes sur le dépistage des violences conjugales.

Seulement 25% des victimes de violences conjugales consultent un médecin généraliste (7). Plusieurs études qualitatives à travers le monde publiées entre 2001 et 2018, se sont intéressées à comprendre quelle était la perception des victimes sur la place du MG (20)(21)(22)(23)(24)(25). Différents facteurs favorisant ou freinant le dépistage, ont ainsi pu être mis en évidence.

1. Facteurs facilitant la discussion

Relatifs aux médecins :

- Poser la question
- Être empathique
- Être à l'écoute
- Respecter le secret médical.
- Être considéré comme capable d'aider
- Mettre en confiance pendant la consultation
- Être une femme.

2. Barrières à la discussion

Relatifs aux patientes :

- Peur d'être jugée
- Peur de ne pas être crue
- Volonté de gérer le problème soi-même (problème considéré comme personnel qui doit être résolu dans la sphère du couple)
- Violences subies considérées comme pas assez sévères
- Être victime uniquement de violences psychologiques
- Peur de ne pas être capable de vivre seule
- Ne pas se reconnaître comme victime
- Peur de la vengeance du partenaire
- Patiente isolée
- Conjoint présent en consultation
- Méconnaissance du secret médical

Relatifs aux médecins :

- Penser que le médecin ne peut pas aider
- Idée que le médecin ne gère que les problèmes physiques
- Se sentir intimidé par le praticien
- Médecin qui connaît le partenaire
- Difficulté à parler avec un médecin homme

- Manque de temps en consultation

Les femmes souhaitent aussi un questionnement de leurs médecins au sujet de ces violences. (22)(20)

D. Recommandations de bonnes pratiques sur le dépistage.

1. Avis sur le dépistage systématique.(3)

a) Dans le monde.

Plusieurs études s'accordent pour ne pas recommander le dépistage systématique des violences conjugales. En effet, même si le dépistage systématique des violences augmente l'identification des victimes, le rapport de l'OMS de 2013 souligne qu'il ne diminue pas la violence du partenaire et n'a donc pas d'effet positif sur la santé des victimes. L'OMS ne préconise donc pas le dépistage systématique des violences conjugales sauf en cas de situation à risque. (26)

Les recommandations de NICE, publiées en 2014, et la revue systématique de Cochrane, de 2015, estiment quant à elles, qu'il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander le dépistage systématique dans les soins de santé (27)(28).

Malgré tout, aux Etats-Unis, plusieurs organismes (American Academy of Family Physicians, American Medical Association et American College of Obstetricians and Gynecologists) recommandent un repérage systématique (29).

b) En France

En France, depuis les années 2000, les différentes institutions invitent à poser systématiquement la question des violences conjugales à toute personne accueillie. Le rapport Henrion recommandait, par exemple, d'inciter les médecins à faire un dépistage systématique des violences en posant quelques questions simples lors des consultations médicales (30).

Dans ses dernières recommandations de Novembre 2022, l'HAS recommande de questionner systématiquement les patients même en l'absence de signe d'alerte. Elle

conseille d'y penser particulièrement dans le contexte de la grossesse et du post-partum car ce sont des périodes particulièrement à risque. (31)

La diffusion de ce type de recommandations vise à infléchir les réticences des professionnels qui éprouvent souvent la crainte d'une intrusion dans l'intimité des personnes(32).

2. Repérage des violences conjugales : recommandations HAS.(3) (Annexe 7)

a) Créer un environnement favorable

L'HAS recommande de mettre en évidence des affiches sur le thème des violences au sein du couple ainsi que des brochures à disposition des patients, dans la salle d'attente.

Cela permet de sensibiliser les patients à cette problématique et témoigne de l'implication du praticien dans l'écoute et la prise en charge. La démarche de repérage est ainsi facilitée.

L'HAS préconise également que l'entretien s'effectue avec la femme seule afin de préserver le secret médical.

b) Questionner sans signes d'alerte pendant l'anamnèse

La plupart des femmes ne parlent pas spontanément des violences qu'elles subissent. La démarche de repérage des violences au sein du couple est globalement bien acceptée par les patientes qui sont plus enclines à révéler des situations de violences si le sujet est abordé par le professionnel de santé. Il est recommandé de l'intégrer systématiquement dans la démarche diagnostique médicale (entretien, constitution du dossier médical, examens cliniques et paracliniques), a fortiori chez la femme enceinte.

c) Questionner devant des signes d'alerte

Aucune symptomatologie n'est spécifique des violences conjugales. Il est recommandé de penser systématiquement à un risque de violences au sein du couple face à des signes d'alerte qui peuvent être :

- Des symptômes pouvant être la conséquence de la violence sur la santé physique, mentale et sexuelle des victimes de violences conjugales.
- Des comportements inhabituels ou inadaptés de la patiente et/ou de son conjoint et/ou de ses enfants
- L'identification des facteurs de risques d'être victime (voir Annexe)

E. Outils de dépistage des VC

Une revue systématique publiée en 2012 aux Etats-Unis a évalué les différents outils de dépistage. Treize outils ont été évalués, et parmi eux, six outils ont montré un haut niveau de précision (sensibilité et spécificité > 80 %) pour l'identification des femmes victimes de violences en cours ou récentes. (33)

Il s'agit des outils :

- HARK : Humiliation, Afraid, Rape, Kick ;
- HITS (english and spanish versions) : Hurt, Insult, Threaten, Scream – auto-questionnaire ou réalisé par le praticien;
- modified CTQ – SF : Childhood Trauma Questionnaire – Short Form ;
- OVAT : Ongoing Violence Assessment Tool ;
- STaT : Slapped, Threatened, and Throw – physician administered ;
- WAST : Woman Abuse Screening Tool – auto-questionnaire (Annexe 5)

Parmi ces outils, seulement deux sont applicables aux soins premiers : le HITS (Hurt, Insult, Threaten, Scream) et le WAST (Women Abuse Screaming Tool).(34)

Seul le questionnaire WAST a été traduit en français et son utilisation a été validée en France en février 2021(35). La première version anglaise a été publiée en 1996. Il est composé de 7 questions, auxquelles vont s'ajouter une huitième question à propos des violences sexuelles dans les années 2000. (36)

Dans une étude américaine publiée en 2000, il apparaît que 91% des femmes ont rapporté être à l'aise pour remplir cet auto-questionnaire. (34). Les médecins généralistes eux-mêmes ont déclaré être à l'aise en faisant remplir le WAST à leurs patientes et ont perçu cet outil comme très utile dans le dépistage des violences conjugales. Dans une méta-analyse publiée en 2015 par le SAGE journal, il apparaît

qu'il n'y a pas de différence significative entre un dépistage en face à face avec le médecin généraliste et un dépistage par auto-questionnaire.(37)

La version française du WAST a une bonne validité et une excellente capacité de discrimination entre les femmes victimes ou non de violences conjugales avec une sensibilité de 97,7% et une spécificité de 97,1%(35)

F. Violentomètre

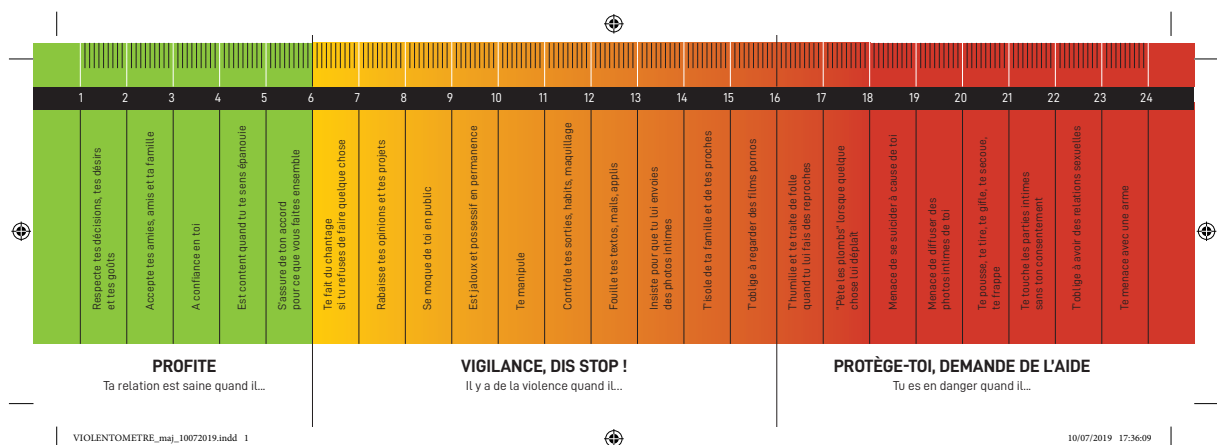


Figure 1 : Violentomètre.

Créé en Amérique latine, le violentomètre a été repris et adapté en 2018 par l'Observatoire des violences envers les femmes du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, en partenariat avec l'Observatoire parisien de lutte contre les violences faites aux femmes et l'association En Avant Toute(s).

Il s'agit d'un auto-questionnaire, présenté sous forme de règle graduée. Il recense 23 exemples de comportements type, qu'un partenaire peut avoir (38).

Le violentomètre rappelle ainsi ce qui relève ou non des violences à travers une gradation colorée :

- 3 segments pour évaluer si sa relation amoureuse est saine : "Profite", "Vigilance, dis stop !" et "Protège-toi, demande de l'aide"
- Une orientation vers 2 dispositifs d'aide : le 3919 et l'association *En Avant Toute(s)*

Au verso du violentomètre, la définition du consentement est rappelée : « Le fait de donner son accord de manière consciente, libre et explicite à un moment donné pour une situation précise. » (39) (Annexe 6)

Bien qu'il ait été conçu au départ pour les adolescentes et les jeunes femmes, le violentomètre s'adresse à toutes et tous, femmes et hommes quel que soit leur âge. Son objectif est de limiter la banalisation des violences et de permettre la prise de conscience des victimes.

IV. Objectif de l'étude.

Il n'existe actuellement qu'un seul outil de dépistage en français validé par la communauté scientifique.

Le violentomètre a fait l'objet d'une diffusion massive lors d'événements (comme Solidays), dans les lycées, à travers les médias et via les associations. Ce nouvel outil apparaît comme accessible et simple d'utilisation.

Aucune étude n'a été réalisée, jusqu'à présent, pour évaluer son utilisation comme outil de dépistage. Une thèse quantitative descriptive réalisée par Remy Denaux, sur l'utilisation du violentomètre en tant qu'outil de dépistage des violences conjugales dans les Bouches du Rhones a été publiée en Novembre 2022 (40).

L'objectif de notre étude qualitative est de comprendre quelles sont les représentations des médecins généralistes concernant le dépistage des violences conjugales et d'évaluer l'intérêt de l'utilisation du violentomètre comme nouvel outil de dépistage.

Cela permettra d'évaluer la pertinence de l'utilisation d'un nouvel outil et également de faire un état des lieux des pratiques, de déterminer les éventuelles barrières rencontrées lors du dépistage et la prise en charge des VC.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretien semi-dirigé inspirée de la phénoménologie interprétative. Elle a été réalisée auprès de médecins généralistes des Hauts de France.

L'adoption de la méthode qualitative se justifie dans le cas présent, par l'absence d'étude sur le violentomètre jusqu'ici. Afin de ne pas créer un questionnaire quantitatif arbitraire, il semblait plus adapté de privilégier ce type d'étude afin de connaître et de comprendre les représentations du médecin généraliste sur le dépistage des violences et sur l'utilisation de ce nouvel outil.

II. Populations étudiées

Les médecins généralistes inclus dans l'étude étaient docteurs en médecine. Ils exerçaient en cabinets de ville, une activité de médecine générale libérale ou salariée, remplaçant ou non. Tous les médecins généralistes des Hauts de France pouvaient être inclus dans l'étude.

Le recrutement des médecins a été fait grâce à l'envoi de mails, contact téléphonique et par effet boule de neige. Les premiers médecins rencontrés étaient connus de l'investigatrice (maitre de stage et médecins remplacés). Les médecins recrutés ont été contactés par téléphone afin que l'objet de la thèse leur soit présenté et de convenir d'un rendez-vous.

III. Recueil des données

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés via une plateforme de visio-conférence (Zoom) ou en présentiel en suivant un guide d'entretien (Annexe 1).

Le guide d'entretien était structuré autour de deux thèmes principaux chacun comprenant respectivement 3 et 4 questions ouvertes. Il a évolué au fur et à mesure de l'avancée des entretiens afin de faire préciser certaines idées.

Le guide d'entretien a été testé préalablement auprès d'un interne de médecine générale. Les données issues de cet entretien ont été codées mais non exploitées dans l'étude.

Les entretiens ont eu lieu entre le 1 juin 2021 et le 18 décembre 2022.

Trois entretiens ont eu lieu en visioconférences et onze ont eu lieu en face à face aux cabinets des médecins interrogés.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone Iphone SE®, après accord des participants.

L'enregistrement a été ensuite retranscrit sur un logiciel informatique de traitement de texte Word® sans modification en respectant le discours de la personne interrogée (Annexe 4).

Un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude.

IV. Analyse des données

L'analyse des données a été faite au fur et à mesure des entretiens. Le logiciel de codage N Vivo 1.6.2® a été utilisé pour coder les données en codage ouvert. Chaque idée était codée par thème avec la création de nœuds et sous nœuds. Ces nœuds ont été regroupés par catégorie au cours d'un second niveau de codage, le codage axial. L'investigateur a arrêté les entretiens une fois que la suffisance des données a été obtenue, c'est-à-dire qu'aucun nouveau code n'a été dégagé d'un entretien. Pour limiter le biais d'interprétation et assurer la validité interne de l'étude, une analyse en double codage avec triangulation des données a été réalisée par Hortense Herbinet, interne en médecine générale formée à l'utilisation du logiciel NVivo. *A noter que l'analyse des données et la relecture ont été effectués par deux analystes de genre féminin.*

V. Aspect éthique et réglementaire

Une lettre d'information a été transmise aux médecins avant leur participation, précisant, les conditions de l'entretien, le respect de la confidentialité des propos recueillis et leurs droits de rétractation (Annexe 2). Un consentement éclairé oral a été recueilli.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration portant le numéro 2021 – 117 au registre des traitements de l'Université de Lille (Annexe 3).

La fiche de thèse, le guide d'entretien et les mentions d'information ont été validés auprès du service de la protection des données à caractère personnel de l'Université de Lille.

L'auteur de la thèse et sa directrice de thèse ne présentent pas de conflit d'intérêts en lien avec le sujet.

Les critères SRQR ont été respectés (Annexe 8).

RESULTATS

I. Entretiens et échantillons.

Les entretiens ont eu lieu dans les cabinets médicaux des différents médecins interrogés, dans le département du Nord (59) et du Pas de Calais (62). Les entretiens ont duré entre 8' et 20' avec une moyenne de 15 minutes par entretien.

La suffisance des données a été obtenue au douzième entretien et deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer cette arrivée à saturation. L'échantillon se composait de quatorze médecins généralistes, âgés de 28 à 61 ans, composé paritairement d'hommes et de femmes.

Onze d'entre eux étaient installés dans leur propre cabinet et trois étaient remplaçants en médecine générale.

Caractéristique de l'échantillon (Tableau 1)

	Genre	Age	Milieu d'exercice	Type d'exercice	DU de Gynécologie
M1	F	25-30	Rural	Libéral	Oui
M2	F	41-50	Urbain	Libéral	Oui
M3	F	31-40	Semi-Rural	Salariat	Non
M4	F	25-30	Rural	Libéral	Non
M5	M	51-60	Urbain	Liberal	Non
M6	F	51-60	Semi-Rural	Salariat	Non
M7	M	51-60	Semi-Rural	Liberal	Non
M8	M	31-40	Urbain	Liberal	Non
M9	M	51-60	Rural	Liberal	Non
M10	F	41-50	Rural	Liberal	Oui
M11	M	31-40	Semi-Rural	Salariat	Non
M12	M	25-30	Urbain	Liberal	Non
M13	M	31-40	Semi-Rural	Salariat	Non
M14	F	31-40	Semi-Rural	Liberal	Oui

II. Résultats principaux

A. Diagnostic des violences

1. Type de dépistage.

a) Dépistage ciblé

Le dépistage ciblé est celui privilégié par le médecin. La majorité des médecins de l'échantillon utilisent ce type de dépistage.

M12	<i>Après comme je vous dis s'il y a un peu des symptômes évocateurs, si je vois que la patiente, elle n'est pas trop dans son assiette aussi, je n'hésiterais pas à poser la question mais de façon systématique non, je ne demande pas si elle a déjà été victime de violence conjugale.</i>
M14	<i>Donc ouais, je suis plus sur les signes d'appel que de le poser de manière systématique.</i>

Le plus souvent, ce sont les patientes elles même qui abordent le sujet avec le médecin. Les violences sont le motif de consultation initial.

M11	<i>En général, c'est plutôt les patientes qui abordent le sujet.</i>
M3	<i>Alors soit le cas le plus évident, c'est quand elles viennent pour des certificats de coup et blessure.</i>
M7	<i>Oui, alors je pense que c'est les femmes elles même qui m'en ont parlé spontanément et une fois sur deux, elles venaient pour ça.</i>

D'autre fois, les violences sont dénoncées par les proches.

M5	<i>Et après, il y a la troisième voix où c'est des voisins, les enfants voire même la sœur ou le frère qui parlent des problèmes de violences conjugales au sein du couple de la patiente.</i>
----	--

Enfin, il arrive parfois que ce soit les comptes rendus médicaux antérieurs qui révèlent l'existence des violences aux médecins.

M6	<i>Un truc alerte pour les violences conjugales sur le CH Lille. Donc du coup, j'ai vu juste dans le courrier euh...dans le courrier dans le dossier médical mais je n'ai pas abordé le problème.</i>
----	---

Différents signes d'appel vont orienter le dépistage ciblé des médecins.

L'existence de signes physiques de violence comme les hématomes ou les fractures suspectes ont été évoqués par les médecins généralistes comme élément alertant.

M7	<i>Alors, s'il y a des traces d'ecchymoses inexpliquées bien sûr que oui, je vais poser la question.</i>
M11	<i>Peut-être aussi, je vais poser la question si je vois quelques hématomes.</i>

Les troubles psychiatriques sont aussi évoqués par les médecins comme élément déclenchant le dépistage ciblé.

M3	<i>Quand euh... Voilà, fin plus sur des problèmes de syndrome dépressif ou anxieux où du coup en grattant un peu et en cherchant un peu ça finit par sortir.</i>
M9	<i>Souvent, il y a des problèmes psychologiques et à force de consultation, on arrive à trouver plus ou moins l'abcès.</i>

Ils sont alertés si les patientes présentent un comportement anormal.

M2	<i>Ou quelque chose que je ne comprends pas dans le comportement, et là je vais creuser.</i>
----	--

Moins fréquemment, ce sont les plaintes multiples qui déclenchent le dépistage.

M3	<i>...en y repensant... Euh on ne met pas forcément toujours le doigt dessus mais les comportements avec des plaintes multiples, des patientes euh ...qui ont toujours un problème euh finalement euh voilà euh ... en reprenant cette idée-là, j'ai vu les choses avec un peu avec un autre regard et en fait en posant directement la question, là du coup, en fait ça sort.</i>
----	--

Les autres signes d'appels évoqués de façon plus anecdotiques sont :

-Les douleurs chroniques,

M14	<i>Du coup...C'est je pose la question en fait directement quand il y a des femmes qui vont venir soit pour des douleurs chroniques et qu'on n'arrive pas</i>
-----	---

	<i>à trouver la cause ou ça peut être des douleurs abdominales ou articulaires qu'on n'explique pas.</i>
--	--

-Le refus du conjoint de laisser la patiente seule en consultation,

M6	<i>Déjà, en consultation moi, j'essaie de recevoir les personnes sans le conjoint. Déjà si le conjoint s'y oppose c'est déjà un problème, moi je trouve.</i>
----	--

-L'obésité,

M2	<i>Par contre, je pose presque systématiquement la question, enfin si c'est pas la première fois que je les vois, je les connais quand même déjà bien, quand il y a une obésité morbide...</i>
----	--

-L'évocation spontanée de problème familiaux

M8	<i>Ce sont des phrases qui peuvent parfois passer un peu inaperçues, mais je pense que c'est important dans ce cas-là, de demander s'il n'y a pas des violences physiques ou autre.</i>
----	---

-Un motif de consultation flou.

M2	<i>Ou quelque chose que je ne comprends pas dans le comportement ou dans le motif de consultation aussi.</i>
----	--

b) Dépistage systématique.

Le dépistage systématique est très peu pratiqué par les médecins. Il est souvent effectué dans le cadre de consultation de prévention, lors du renouvellement de la contraception ou lors d'examen de suivi gynécologique.

M10	<i>Avec le temps en fait, c'est des questions que je pose systématiquement à l'examen de renouvellement de pilules, au moment du frottis aussi parce que c'est l'occasion de parler s'il y a des rapports non consentis, des douleurs au moment des rapports.</i>
-----	---

c) Absence de dépistage.

Un seul médecin a reconnu ne pas faire de dépistage par peur des représailles.

M4	<i>Oui, j'avoue que je ne fais pas trop de dépistage.</i>
----	---

d) Des questions claires et directes

Lorsqu'ils se décident à poser les questions, les médecins optent pour une question directe et claire.

M2	<i>Alors maintenant, je suis cash, je demande vraiment est ce qu'elles ont subi des violences euh j'ai appris ça en formation. Je n'osais pas. Et moi je leur demande vraiment directement, est ce qu'elles ont été violées ? Est ce qu'elles ont été frappées ? Est-ce qu'elles ont été touchées ? Et est-ce qu'elles ont subi de la violence verbale. Je pose vraiment cette question-là. Ce n'est pas du tout enrobé.</i>
M10	<i>Moi, je mets carrément les pieds dans le plat hein. Je dis : « bah voilà hein, ce n'est pas un qui vous tape dessus, il faut m'en parler si c'est le cas. »</i>

2. Difficultés rencontrées pour faire le diagnostic.

Tous les médecins interrogés trouvent le diagnostic des violences conjugales difficiles.

M5	<i>Donc celles qui n'en parlent pas c'est beaucoup plus compliqué parce que finalement, ce n'est pas le motif principal de la consultation et généralement c'est un motif qui est caché par la patiente elle-même et c'est beaucoup plus compliqué, on fait rarement le diagnostic la première fois...Donc, c'est assez difficile à aborder.</i>
M9	<i>Non, ce n'est pas facile du tout car c'est un sujet tabou.</i>

a) Difficultés liées aux médecins

Les difficultés rencontrées peuvent être liées aux médecins eux même, à leurs appréhensions et à leurs pratiques.

La majorité des médecins interrogés refuse de poser systématiquement la question des violences lors d'un premier rendez-vous.

M12	<i>Je pense que toute nouvelle patiente qui vient en consultation, je ne pose pas forcément la question</i>
M4	<i>J'avoue que lors du premier entretien, ce n'est pas forcément la chose à laquelle je pense euh... on ne se sent pas forcément à l'aise avec la question.</i>

La peur de brusquer les patientes est le premier motif expliquant ce refus.

M6	<i>Mais sinon, non je ne vais pas aborder parce que si je me trompe ou pas d'ailleurs et qu'elle répète au mari euh... Fin franchement</i>
M3	<i>Elles sont souvent déjà un peu sur la réserve, donc rentrer dedans de but en blanc sur une première consultation non...</i>

Le manque de temps des médecins est aussi un des obstacles au dépistage.

M14	<i>Mais de la poser comme ça, je pense que j'ai peur de pas avoir le temps de gérer ça. Parce qu'il y a plein de choses et donc j'attends de voir un petit peu, ce pourquoi ils viennent et s'il y a quelque chose qui fait dire qu'il pourrait y avoir des violences.</i>
-----	--

L'extension des téléconsultations dans la pratique médicale rend le diagnostic plus difficile car le secret de la consultation ne peut être garanti.

M10	<i>La seule chose qui m'échappe à l'heure actuelle, c'est les téléconsultations parce qu'il y a certaines femmes que l'on ne voit plus au cabinet et quand on est en téléconsultation, on ne sait pas qui on a derrière et qui écoute quoi et en tout cas, on ne peut pas poser certaines questions donc c'est compliqué.</i>
-----	---

Certains médecins expriment une peur des représailles de la part de l'auteur des violences.

M4	<i>Surtout, si je suis le mari... Je vais me prendre une baffe... Alors je ne sais pas trop... C'est clair?... (Rire gêné)... Non, mais j'ai déjà pensé poser la question, mais je me suis dit, je ne peux même pas l'envisager parce qu'elle va répéter ça à son mari et il va arriver et il va être... enfin voilà...</i>
----	---

La peur de perdre la confiance des patientes est également un frein au dépistage.

M10	<i>A un moment, on ne peut pas être non plus trop... Si on va trop loin, on perd la confiance du patient et puis voilà.</i>
-----	---

b) Difficultés liées aux patientes

Parfois, ce sont des éléments liés aux patientes qui rendent le diagnostic difficile. En effet, les violences conjugales sont souvent cachées par les patientes.

M9	<i>Elle a le sentiment que c'est de sa faute donc si c'est de sa faute, elle n'en parle pas.</i>
M13	<i>Et après, tout ce qui est les violences, sur les hématomes aux niveaux des bras, aux niveaux des cuisses ou au niveau du visage et que l'explication c'est : « oui, je suis tombée », on se dit « oui, oui, vous êtes tombées », on a envie de leur dire arrêter de vous foutre de moi, je sais très bien que ce n'est pas ça, dites-moi ce qu'il se passe.</i>

Les violences conjugales sont un sujet tabou pour les patientes et les médecins trouvent le sujet difficile à aborder.

M11	<i>Oui, c'est difficile parce que c'est un sujet tabou et il y a pleins de choses qui ne sont pas dites.</i>
M13	<i>Parce que c'est tabou et que ça touche à l'intimité de gens, ça touche à l'intimité d'un couple et généralement, les gens n'aiment pas quand on touche à ces questions-là, ils ont plutôt tendance à dire « foutez moi la paix, je vous en parlerai si j'en ai un peu envie », mais après en même temps si on ne le fait pas après elles sont un peu isolées et elles sont toutes seules quoi.</i>

Quand les hommes sont les victimes, la reconnaissance des violences est encore plus difficile.

M10	<i>Je pense que c'est très tôt qu'il faut éduquer les femmes et les hommes parce qu'au final, il y a aussi des hommes battus et ça on en parle moins. Et eux, ils sont dans des situations encore plus complexe que les femmes parce que... Alors autant chez les femmes, on reçoit déjà difficilement les plaintes mais alors les mecs encore pires. Moi, j'ai eu un Monsieur qui se faisait battre par son épouse et la police n'a jamais voulu prendre en charge sa plainte, en disant que c'était un homme, qu'il n'avait qu'à se débrouiller. Quand vous faites 1m60 et votre femme 1m90</i>
-----	--

	<i>et qu'elle tente de vous étrangler avec un barreau de chaise, moi je pense que l'on est comme une femme. Ce n'est pas mieux, pas pire.</i>
--	---

c) Difficultés liées aux violences

Le diagnostic des violences est en lui-même difficile.

Les signes cliniques évocateurs de violences sont peu spécifiques et il existe de nombreux diagnostics différentiels.

M5	<i>Ba, le diagnostic il est assez difficile parce que les plaintes somatiques, elles peuvent être multiples</i>
----	---

Les violences psychologiques sont difficiles à diagnostiquer et sont mal définies.

M10	<i>Par contre les femmes qui n'ont pas de carte bleue, qui n'ont pas les clés de chez elles, qui n'ont pas le permis de conduire ou pas d'accès à une voiture, ça c'est de la violence autre qui est quand même difficile : -un à cerner et puis – deux on ne peut pas faire grand-chose quoi...</i>
-----	--

Le mécanisme de l'emprise rend la prise de conscience des victimes plus difficile.

M10	<i>Celles qui sont très loin dans la violence, c'est plus compliqué, elles sont vraiment sous emprise mais celles qui sont au début du glissement là, c'est utile.</i>
-----	--

d) Difficultés Liées à la relation médecin/patient.

Pour les médecins, le dépistage des violences ne peut pas se faire lors d'une première consultation, il est nécessaire d'instaurer une relation de confiance avec les patientes avant d'aborder le sujet et cela prend donc plus de temps.

M2	<i>Après je vous dis, c'est des patientes que je connais bien donc il y a déjà une relation de confiance. Voilà ... Je ne suis pas aux urgences avec quelqu'un que je n'ai jamais vu avant hein ... c'est des gens qui viennent manifestement déposer un fardeau quand même. C'est plutôt dans ce cadre-là.</i>
M3	<i>Et ça c'est pour le coup, vraiment par le médecin généraliste parce que ce n'est pas quelque chose qu'on peut faire avec quelqu'un qu'on a vu une seule fois...</i>

3. Outils de dépistage.

Les outils de dépistage des violences conjugales sont peu nombreux. En France, seul le questionnaire WAST a été validé par la communauté scientifique. Le violentomètre existe depuis 2018 mais il n'a pas fait l'objet d'une évaluation scientifique.

Il apparaît dans l'échantillon interrogé que la grande majorité (dix sur quatorze) des médecins ne connaît pas les outils de dépistage disponible.

M13	<i>Si je parle d'un point de vue strictement cabinet, médecine libérale méd G, non. Je n'avais en tête aucun outil.</i>
M12	<i>Non, je ne connais pas d'outils.</i>

Trois médecins ont déclaré connaître le violentomètre mais un seul l'utilise dans sa pratique courante.

M13	<i>Après, j'ai découvert le violentomètre au sein de la PMI mais sinon hors PMI non.</i>
-----	--

Un médecin a déclaré avoir consulté le site « declicviolence.fr » pour s'informer sur la prise en charge des violences conjugales mais ne l'a pas utilisé dans sa pratique.

M3	<i>On m'a donné récemment l'adresse d'un site internet qui est vachement bien fait en psy pour les médecins généralistes euh ce n'est pas violencesdeclic ? Il y a clic dedans. C'est au cabinet... Du coup, j'ai vu sur ce site internet là qu'il y avait des trucs pas mal et des échelles pareilles par rapport aux symptômes psychosomatiques qui pouvaient aider à cerner un peu. Mais jusqu'à présent je ne l'ai pas utilisé.</i>
----	---

B. Prise en charge des violences conjugales.

1. Type de prise en charge.

La prise en charge des patientes victimes des violences a été évoqué avec tous les médecins interrogés.

a) Prise en charge spécifique aux médecins généralistes

Différents éléments de la prise en charge peuvent être gérés par les médecins généraliste eux-mêmes.

Les médecins proposent :

-Un suivi régulier. Les médecins insistent également sur leurs disponibilités auprès des patientes.

M12	<i>... je persuadais la patiente de, bien sûr, reconsulter quelques jours après pour pouvoir rediscuter de la situation</i>
M14	<i>Et après, je prévois toujours une consultation de suivi très rapprochée, je pense la semaine qui suit, en leur disant qu'elles peuvent me joindre n'importe quand si elles le souhaitent au numéro du cabinet bien sûr.</i>

-La rédaction d'un certificat de coups et blessures.

M7	<i>...puis je leurs ai proposé à celles qui n'y avaient pas pensé de faire un certificat médical descriptif.</i>
M8	<i>...éventuellement faire un certificat de coups et blessures si elle décide de porter plainte et voilà c'est à peu près tout, je pense.</i>

- Une écoute empathique.

M10	<i>Mais, je pense que déjà pouvoir en parler. Savoir que, elles peuvent en parler ici, qu'on peut aborder les choses, ça peut faire évoluer les choses difficilement mais à petits pas comme un colibri.</i>
M12	<i>Dans ces situations-là, je me mettais surtout en position d'attente et d'écoute.</i>

-Une aide psychologique

M3	<i>Après c'est prendre en charge les choses psychologiquement mais ça c'est... ça dépend aussi de la patiente qu'on a en face.</i>
M2	<i>Je leurs conseille une aide psychologique, souvent ça, moi j'aime bien un peu la totale quoi.</i>

-D'être attentif à déculpabiliser les patientes.

M2	<i>... je l'avais vraiment positionnée en tant que victime.</i>
----	---

-De rechercher des personnes ressources pour accompagner la patiente dans ses démarches.

M14	<i>Donc ça, ensuite je leur dis qu'elles peuvent se rendre au commissariat aussi, toujours prévenir quelqu'un de l'entourage si c'est possible et de préparer un petit sac avec leur carte d'identité enfin le nécessaire s'il y a besoin à un moment de s'en aller.</i>
-----	--

-D'utiliser le violentomètre

M10	<i>Voilà. Moi, je glisse le violentomètre, en leur disant : voilà en tout cas si vous vivez ça, ce n'est pas normal et ça doit vous faire bouger.</i>
-----	---

-D'utiliser de la procédure de signalement.

M10	<i>Quand il y a des coups, moi je fais des signalements systématiquement, maintenant je ne m'embête plus, je signale et je fais des informations préoccupantes, après la justice elle fait son taf.</i>
-----	---

Selon l'intensité des violences, les médecins adaptent leurs prises en charge.

M8	<i>Pour la prise en charge, cela dépend de l'intensité des violences.</i>
----	---

b) Orientation vers d'autres institutions.

Les médecins orientent souvent leurs patientes vers différentes institutions pour compléter la prise en charge.

- Les médecins orientent en premier lieu, les patientes vers les institutions judiciaires.

M3	<i>Moi, voilà la première chose que j'essaie de rappeler c'est le cadre légal avec l'importance de porter plainte ou au moins de poser une main courante euh voilà parce que c'est la base, parce que c'est comme ça.</i>
M12	<i>Et je l'orientais tout de suite vers la police pour porter plainte de façon quasi systématique.</i>
M8	<i>J'ai reçu quelqu'un qui était violenté physiquement et moralement aussi et donc là en l'occurrence avec elle, j'avais appelé la police.</i>

-Ils connaissent pour la plupart le numéro d'écoute nationale pour les femmes victimes de violences : le 3919 et le transmettent à leurs patientes.

M13	<i>...après en proposant un accompagnement et en proposant la petite carte là avec le numéro le 3919 qui permet d'avoir accès aux différentes associations.</i>
M8	<i>Et pour revenir à la question d'avant, ça vient de me revenir, j'avais appelé le numéro national pour les violences, 3919 et c'est comme ça que j'avais eu l'association.</i>

-Les médecins ont également souvent recours aux associations d'aide aux victimes, notamment, pour les demandes d'hébergement d'urgence

M8	<i>...on avait aussi appelé une association de protection des femmes victimes de violences pour qu'elle puisse être en contact avec elle et avoir un hébergement en urgence.</i>
M4	<i>Je l'ai orienté quand même vers une association dont j'avais entendu parler du côté de Saint Omer...</i>

Plus exceptionnellement, les médecins décident d'orienter les patientes vers :

-Le médecin légiste

M1	<i>Après je lui ai dit mais je n'étais pas certaine de moi qu'il valait mieux que ce soit fait par Lille, par la médecine légale mais elle n'avait pas spécialement envie de retourner à un autre endroit.</i>
M3	<i>Après quand c'est vraiment complexe euh il y a quand même le numéro qui est dans ma salle d'attente aussi et que je redonne qui est consultation de violences en médecine légales. On peut faire appel à la médecine légale parce que parfois quand il y a des trucs un peu plus techniques on est parfois dépassé par euh par les choses...</i>

-Les urgences.

M6	<i>...s'il y a des hématomes, des ecchymoses ou quoique ce soit, de se rendre aux urgences pour avoir un descriptif d'un certificat médical.</i>
----	--

-Les centres médicaux psychologiques.

M3	<i>Les orienter vers les CMP aussi...</i>
M4	<i>Donc euh voilà parce qu'elle ne voulait pas forcément de prise en charge psychologique parce qu'elle avait peur de ne pas recevoir les bons mots mais justement je lui ai dit que dans ce genre de situation, il y avait justement des psychologues exprès qui s'y connaissent etc...</i>

2. Ressenti des médecins généralistes

a) Prise en charge difficile

Les médecins généralistes trouvent la prise en charge des victimes de violences conjugales difficile.

Ils ressentent très fréquemment un sentiment d'impuissance et ne savent pas comment prendre en charge les patientes.

M13	<i>Mais j'ai quand même l'impression qu'on pose la question et qu'on a peur de la réponse parce qu'on se dit merde qu'est-ce qu'on va faire derrière.</i>
M5	<i>On a diagnostiqué, on a envoyé maintenant, il se passe ce qui se passe quoi... Ce n'est pas très satisfaisant...</i>

Il existe également un certain découragement des médecins face à la récurrence.

M3	<i>J'en ai hein, il y a celle qui vient et son ex conjoint l'a déjà balancé du deuxième étage, elle s'est faite arthrodèses de tout le rachis lombaire et son nouveau compagnon j'en suis déjà au troisième certificat de coups et blessures et c'est un enfer mais rien ne la touche, fin ... en tout cas moi je n'ai rien trouvé pour la toucher donc après ça dépend des femmes.</i>
M10	<i>Et de la même façon, les femmes battues sont sous emprise comme les alcooliques sont sous l'emprise de l'alcool. C'est le même combat en fait et c'est compliqué.</i>

--	--

Il y a plusieurs associations d'aide aux victimes dans les Hauts de France. Mais les médecins ont une mauvaise connaissance des réseaux d'aide disponibles.

M1	<i>Non, par exemple dans le coin où je travaille je n'en connais pas. Je ne me suis pas encore renseigné j'avoue.</i>
M7	<i>Euh... Des associations dans le coin, je n'en connais pas, ou alors il faut aller sur Lille mais ici localement non.</i>

Une fois le diagnostic établi, les médecins trouvent que le délai pour la prise en charge psychologique en CMP est très important et ils se sentent isolés dans leurs pratiques.

M4	<i>Les orienter vers les CMP aussi, c'est pareil les délais d'attente ils sont énormes. Moi, dans mon bassin de population, je suis dans le bassin minier, il n'y a pas beaucoup de ressource financière donc euh... les alternatives de psychologue en libérale c'est mort.</i>
----	--

De la même manière, la lenteur des institutions judiciaires est un frein à la prise en charge.

M3	<i>Mais malheureusement, il faut leur dire que ça n'aboutira probablement à rien au début et que c'est plus l'accumulation des choses qui fera que voilà ça était le dossier et qu'au bout du compte il peut y avoir des choses qui avancent.</i>
----	---

Un autre motif évoqué par les médecins et justifiant la difficulté de la prise en charge est le manque d'outils.

M13	<i>On n'a pas forcément beaucoup d'outils, de ressources pour derrière l'orientation</i>
-----	--

Un des médecins trouve également que la prise en charge est plus difficile quand les patientes sont mariées avec des enfants.

M11	<i>Elles le font si les violences ont lieu dans le cadre de relation qui n'évolue pas sur le long terme mais s'il y a des enfants et qu'ils sont déjà mariés c'est plus difficile.</i>
-----	--

La difficulté de prise en charge en cas de violences psychologiques a aussi été évoqué par un des médecins.

M10	<i>Donc c'est comme ça et il y a une petite dizaine d'années, je me suis rendue compte qu'il existe des femmes qui sont dans des contextes de violences conjugales sans coup, sans marque. C'est les pires pour moi, parce que pour ça on ne peut rien faire.</i>
-----	---

C. Violentomètre.

1. Un outil méconnu.

Sur l'ensemble des médecins généralistes interrogés, seul trois médecins connaissaient le violentomètre. Un seul médecin l'utilise dans sa pratique régulière. Onze médecins ne connaissaient pas du tout le violentomètre.

M6	<i>Je ne connaissais pas mais c'est bien.</i>
M12	<i>Non, je ne l'avais jamais vu avant.</i>

L'accès au violentomètre s'est fait de manière différente pour les trois médecins :

-Découvert sur les réseaux sociaux

M2	<i>J'ai dû voir ça sur les réseaux sociaux, il me semble...</i>
----	---

-Découvert à la PMI

M13	<i>Après, j'ai découvert le violentomètre au sein de la PMI mais sinon hors PMI non.</i>
-----	--

-Découvert sur internet

M10	<i>J'ai découvert le violentomètre, en cherchant sur internet.</i>
-----	--

2. Points forts du violentomètre

a) Un outil bien conçu

Les médecins trouvent que les items du violentomètre sont assez exhaustifs et reprennent des situations concrètes, ce qui permet l'identification des patientes.

M1	<i>Ça me paraît pas mal, après c'est vrai qu'il y a beaucoup de détails euh mais euh justement c'est ça qui est intéressant parce que justement, elle se retrouvent dans tous les termes quoi.</i>
M7	<i>Parce qu'effectivement, on a pensé à pas mal de situations et spontanément, il y a des choses auxquelles je n'aurais pas pensé, genre : « fouille tes textos, mails, applis ». Je ne pense pas à poser ce genre de question.</i>
M8	<i>C'est bien fait parce que ça reprend des situations concrètes.</i>

Ils apprécient la classification des items en fonction de la gravité des situations vécues.

M2	<i>Mais j'aime bien l'idée de la gravité allant du vert au rouge.</i>
M8	<i>Le système de couleur, ça marche bien, puis c'est vraiment gradé.</i>

Les médecins considèrent pour la majorité que le violentomètre est un outil bien visuel et facile d'accès.

M14	<i>Alors du coup, en termes de visuel je trouve ça bien parce qu'on retrouve vraiment le visuel des couleurs.</i>
M4	<i>Alors, je trouve que c'est pas mal, c'est assez visuel.</i>

Le violentomètre à l'avantage de s'adresser à toutes les générations.

M2	<i>C'est pas mal, parce que ce sont des questions très précises et qui peuvent s'adresser à toutes les générations. Euh.. C'est vrai que nous, on n'est pas de la génération style à poster des photos intimes tout ça. C'est vrai que nous, ce n'est pas notre génération, on n'a pas été confronter à ça dans euh quand on était ado donc c'est vrai qu'on peut aussi ne pas penser à poser les questions. Chez les ados, c'est vrai que ça c'est bien.</i>
----	---

Le violentomètre renseigne sur la conduite à tenir si une des patientes s'identifie à une situation.

M3	<i>Mais alors ce que je trouve bien, ce sont les trois parties et surtout la phrase de conduite à tenir.</i>
----	--

b) Rôle du violentomètre dans le dépistage

i. Avant la consultation

Un des médecins interrogés pense qu'afficher le violentomètre dans son cabinet indique aux victimes que le sujet des violences peut être évoqué avec le praticien.

M11	<i>Le fait que les patientes en discutent, qu'elles se rendent compte que c'est un thème qui peut être abordé avec le médecin généraliste.</i>
-----	--

ii. Pendant la consultation

Les médecins trouvent que les items du violentomètre correspondent aux questions de l'interrogatoire.

M2	<i>Après, il y a beaucoup de choses que je fais déjà. Par exemple, est ce qu'il vous isole de votre famille, des proches, ça, ce sont des questions que je pose facilement. Alors ça c'est pareil, je n'utilise pas forcément ces mots là mais « pète les plombs lorsque quelque chose lui déplaît », moi ce sont des questions que je pose systématiquement quand je suspecte un pervers ou quelque chose comme ça. Silence Ouais, donc je ne pose pas systématiquement toutes les questions mais globalement je pose déjà pas mal ce genre de questions.</i>
----	--

iii. Dans la prise de conscience

Le violentomètre permet également la prise de conscience des victimes selon les médecins.

M8	<i>Je l'utiliserai pour des femmes justement qui ne s'estiment pas victimes de violences physiques ou psychologiques.</i>
M5	<i>Je pense que ça lui permettrait de prendre conscience que par exemple euh ..il y a des items dont on ne pense pas forcément mais « fouille tes textos ,mails et application » ça doit être plus d'un qui fait ça...</i>

Il évite la banalisation des violences.

M2	<i>Oui, parce que ça moi j'insiste. Les femmes nous disent parfois des choses qui ne leurs semblent pas grave. C'est moi qui leur dis : « mais enfin c'est quand</i>
----	--

	<i>même super grave ce qu'il vous fait quoi » ... Elles, elles ont tellement banalisé que quelques fois, elles mettraient en vert alors que nous, on l'a dans le rouge.</i>
--	---

3. Limites du violentomètre

Les médecins ont aussi été interrogé sur les limites du violentomètre.

a) Ce qu'il manque

Les médecins trouvent que le violentomètre manque d'image.

M13	<i>Enfin, c'est vrai que je me suis fait la réflexion parce qu'au sein des cabinets de la PMI ou du planning familial, c'est affiché en grand en fait et je trouve que en fait il y a beaucoup de mots.</i>
M2	<i>Peut-être pas assez d'images pour les ados.</i>

Le violentomètre n'est pas assez ludique selon certains.

M13	<i>Quelques choses de plus ludique du coup. De moins « liste ».</i>
-----	---

Quelques médecins estiment que le violentomètre n'est pas assez exhaustif.

M10	<i>Donc voilà, moi je pense qu'il devrait être encore plus pousser le violentomètre.</i>
-----	--

Les médecins aimeraient que la définition du consentement soit mieux mise en valeur.

M13	<i>Et après, il y avait l'histoire avec la définition du consentement où il rappelle la définition du consentement. Je trouve que ce n'est pas assez mis en valeur par rapport à tout le reste de la règle.</i>
-----	---

b) Ce qu'il faudrait

Une diffusion plus importante du violentomètre semble nécessaire pour les médecins.

M9	<i>Cet outil, déjà, qu'il soit diffusé.</i>
----	---

Les médecins préféreraient pour certains, que le violentomètre soit présenté sous la forme d'un score à calculer.

M7	<i>Je trouve qu'on pourrait aussi pouvoir avoir des scores, c'est-à-dire cumuler des items et avoir une addition.</i>
----	---

Ils jugent son utilisation difficile et aimeraient avoir une courte présentation pour savoir comment l'utiliser.

M13	<i>Je trouve qu'il n'est pas forcément facile à utiliser de prime abord. Il faut qu'il soit présenté pour qu'on puisse savoir l'utiliser.</i>
-----	---

c) Appréhension des médecins

Le violentomètre peut être ressenti comme violent.

M13	<i>Oui, je trouve que le laisser à la patiente, ça peut être un peu, une bombe à retardement. Parce que bon lire « protège toi demande de l'aide », « tu es en danger quand il fait... » enfin bon, c'est assez violent, c'est assez dur.</i>
-----	---

Les médecins trouvent le violentomètre trop genré.

M10	<i>De la même façon, le respect va dans les deux sens et moi je trouve qu'il est un peu trop sexué. Malgré tout, il y a plus de femmes que d'hommes qui meurent sous les coups de leurs maris. Malgré tout, je n'aime pas les choses trop genrées.</i>
-----	--

Le temps nécessaire pour l'assimilation du violentomètre a été évoqué comme un frein par plusieurs des médecins généralistes.

M13	<i>C'est dommage à dire mais il faut prendre le temps de le lire pour vraiment le comprendre et je me dis est-ce que les personnes qui souffrent de violences prennent vraiment le temps de lire et sont vraiment attirés plus par le rouge, par le vert.</i>
M3	<i>Oui, bah alors c'est parce que c'est (inspiration). Alors ça se tient... Silence ... Je ne suis pas sûre qu'en l'utilisant comme ça, en leurs donnant là, cinq minutes pour le lire et qu'elles se positionnent dessus...euh il en ressorte quelque chose immédiatement</i>

Les situations décrites dans le « orange » sont plus ambiguës selon les médecins.

M5	<i>Ici le orange (montre les items oranges), c'est quand même beaucoup plus euh... à mon avis on doit avoir beaucoup de monde là-dedans.</i>
M1	<i>Après je me dis toujours, il y a des choses du style ' t'humilie et te traite de folle', j'ai l'impression que des fois ça peut arriver aussi... enfin il faut aussi en discuter avec la patiente ...mais ça peut être aussi des fois des paroles en l'air qui n'arrivent pas souvent mais ou une fois ou deux. Ils se sont engueulés mais simplement comme ça... après oui.. il y a le mot « humilié » qui est quand même fort.</i>

4. Utilisation

Les médecins ont été interrogés sur les moyens possibles d'utilisation du violentomètre.

a) Envie de l'utiliser

Les médecins ont envie d'utiliser le violentomètre dans leurs pratiques pour la très grande majorité.

M4	<i>Oui, ça a l'air d'être un bon outil. Je pourrais l'utiliser.</i>
M8	<i>Oui, ça peut être vraiment utile je pense.</i>

Le médecin qui utilisait le violentomètre conseille son utilisation à ses confrères.

M10	<i>Ah oui, oui ! Moi, je leur dis toujours aux internes, il faut l'utiliser ça. Je leur montre aux internes. C'est un outil qui est quand même appréciable et qui devrait être diffusé, je vous dis partout.</i>
-----	--

i. En réponse à une sollicitation

Les médecins pensent utiliser le violentomètre en réponse à une sollicitation de la part des patientes.

M7	<i>Alors euh..., oui je pense qu'une femme qui se plaint de sa relation conjugale dès qu'il y a matière je pense qu'il faut lui mettre sous le nez puis lui demander si elle se retrouve dans les situations décrites.</i>
M2	<i>Je préfère saisir une perche que le patient me tend et donner l'information adaptée au moment.</i>

ii. En systématique

Certains médecins proposent de présenter systématiquement le violentomètre à leurs patientes en leur présentant cet outil comme une étude.

M5	<i>Je pense qu'il faut être systématique mais pas à la première consultation.</i>
M6	<i>Et dans ces cas-là je peux remettre ça (en désignant le violentomètre) et dire bah voilà, on remet ça, à toutes les personnes de moins de 40 ans.</i>

Les médecins ont évoqué la possibilité de distribuer le violentomètre aux adolescentes

M10	<i>C'est là que je l'ai découvert et puis après je me le suis approprié, je l'ai mis sur mon ordi et je l'imprime régulièrement. Je le donne aux ados.</i>
-----	--

iii. Lors d'une consultation de prévention

Le violentomètre est vu comme un moyen de prévention pour la plupart des médecins.

M5	<i>Donc en fait, je pense que si on veut avoir un rôle préventif, il faut qu'on s'occupe de cette partie-là.</i>
M4	<i>Cet outil pourrait être utile, pourquoi pas à un moment lors d'une consultation de prévention, par exemple.</i>

Le violentomètre est utile pour les patientes au début des violences.

M10	<i>Celles qui sont très loin dans la violence, c'est plus compliqué, elles sont vraiment sous emprise mais celles qui sont au début du glissement là, c'est utile.</i>
-----	--

b) Moyen d'utilisation

i. Avant la consultation

L'affichage en salle d'attente du violentomètre a été proposé par plusieurs médecins comme moyen d'utilisation.

M10	<i>Bah moi, je l'ai mis en salle d'attente parce que ça permettait de se situer sans en parler.</i>
M14	<i>Et donc je trouverais ça intéressant de le mettre en salle d'attente à la rigueur.</i>

Ils proposent d'avoir le violentomètre disponible sous forme de flyers dans la salle d'attente.

M14	<i>Oui, ou alors en dépôt et les patients peuvent se servir et le prendre et se dire que bah oui ils peuvent en parler dans le cabinet.</i>
-----	---

ii. Pendant la consultation

Les médecins pensent que le violentomètre est un outil qui pourrait être utilisé pour aider à la discussion avec les patientes.

M4	<i>Ca serait l'occasion en effet, alors qu'on ne sait pas forcément trouver les mots... Cela pourrait être une manière euh, un outil, une aide pour la discussion.</i>
M12	<i>Ca pourrait être un bon outil d'évaluation pour la prise en charge et cela permettrait peut-être de dépister un petit peu et de pouvoir ouvrir la conversation et d'avoir des sujets de conversation un peu plus poussés sur le quotidien des femmes...</i>
M11	<i>Je le donnerais aux patientes pour qui j'ai un doute pour qu'on puisse discuter.</i>

Ils imaginent son utilisation comme un score ou une échelle analogique.

M13	<i>Je pense que si je devais l'utiliser, je l'utiliserais sur une échelle visuelle analogique, un peu comme on fait sur la douleur.</i>
M7	<i>Je trouve qu'on pourrait aussi pouvoir avoir des scores, c'est-à-dire cumuler des items et avoir une addition.</i>

Les médecins proposent d'avoir le violentomètre disponible sur l'ordinateur pour l'utiliser si besoin.

M10	<i>Oui, moi, je le réimprime au cas par cas, en fait. Comme ça, je suis tranquille. Je l'ai sur mon bureau et puis je l'imprime.</i>
M12	<i>Moi, j'imprime directement une page en consultation et je demande à la patiente de se situer.</i>

Quand il y a un doute sur l'existence de violences, les médecins proposent de remettre le violentomètre avec l'ordonnance.

M6	<i>Je l'utiliserai peut-être si j'ai un doute et si la personne ne veut pas répondre, je le donnerai avec l'ordonnance.</i>
----	---

Les médecins pensent qu'il est nécessaire de prévoir une deuxième consultation pour discuter du violentomètre après l'avoir donné aux patientes.

M3	<i>...Et du coup, je pense que ce serait plus pour leur donner, qu'elles évaluent les choses elles-mêmes et que, du coup, elles puissent s'y référer et pouvoir venir m'en reparler si elles sont dans le rouge ou dans l'orange.</i>
----	---

Une présentation des items dans un premier temps semble nécessaire pour certains médecins puis dans un second temps, le médecin lirait les conseils liés aux items sélectionnés par les patientes.

M7	<i>Parce que, ça il faudrait lui montrer dans un deuxième temps. C'est-à-dire... Voilà, clac... On est là (montre situation orange), puis après lui montrer le commentaire pour avoir plus d'impact.</i>
----	--

Un des médecins propose d'utiliser le violentomètre comme support à la post-it thérapie.

M2	<i>Moi, j'avoue que je travaille assez en post-it avec les gens. Donc les gens me racontent un truc... Enfin, je ne sais pas. Tu ne m'as jamais vu travailler, mais les gens viennent en me racontant des choses. Souvent je mets une info par post-it et, en fait, après je classe un peu comme ça (désigne le violentomètre) pour leur montrer, euh ... Moi, j'appelle ça la post-it thérapie. Par exemple, je vais marquer « te fait du chantage », donc je vais marquer « chantage » sur le post-it que je mets devant la patiente. Après, on les retrié, on les range et on montre la progression. Moi, ça me fait penser à un jeu ou alors je l'ai peut-être vu, ce truc. C'est peut-être pour ça que je suis perturbée, mais ça me fait penser à un jeu de cartes, ce truc. Moi, je me vois bien travailler comme ça, parce que, ça, je le fais facilement. Le post-it, c'est quelque chose que j'aime beaucoup.</i>
----	---

DISCUSSION

I. Résultats principaux

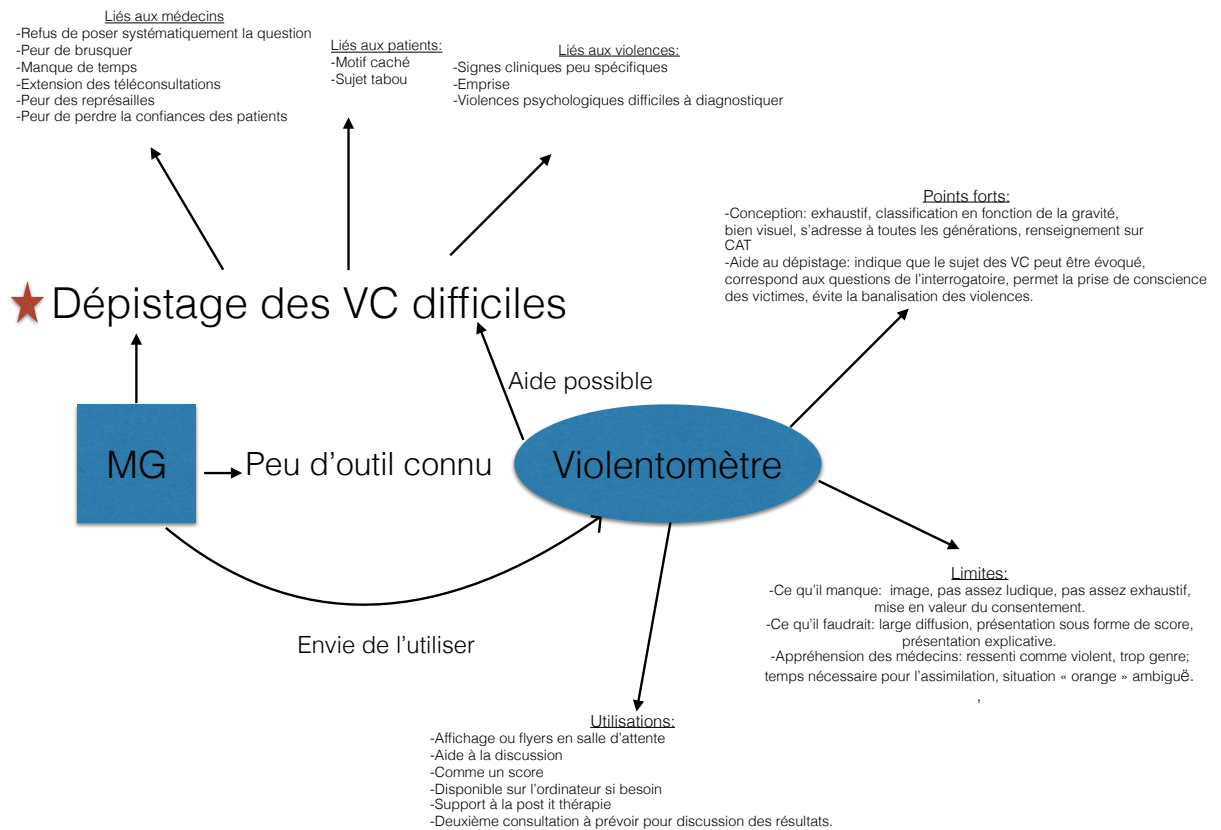


Figure 2 : Modélisation des résultats.

A. Le dépistage ciblé est privilégié par les médecins.

Le dépistage ciblé est privilégié par les médecins. Les violences peuvent être évoquées par les patientes, dénoncées par les proches, découvert via les comptes rendus médicaux ou évoquées par les médecins en cas de signe d'appel.

Les signes d'appel qui amènent le médecin à poser la question des violences sont : les signes physiques de violences (hématomes, fractures), les troubles psychiatriques, les plaintes multiples, les douleurs chroniques, l'obésité, un comportement anormal, un

motif de consultation flou ou un refus du conjoint de laisser la patiente seule en consultation.

Le dépistage systématique a également été évoqué par les médecins. Il est souvent effectué dans le cadre de consultation de prévention, lors du renouvellement de la contraception ou lors d'examen de suivi gynécologique.

B. Le diagnostic des violences est difficile.

Les difficultés au diagnostic peuvent être :

-liées aux médecins généralistes eux même : refus de poser systématiquement la question des violences, peur de brusquer les patientes, manque de temps, extension de la téléconsultation, peur des représailles ou peur de perdre la confiance des patientes.

-liées aux patientes : sujet tabou, motif caché

-liées aux violences : mécanisme d'emprise qui rend la prise de conscience difficile, violences psychologiques difficiles à diagnostiquer, signes cliniques de violences qui sont peu spécifique.

C. Les outils de dépistage sont peu connus par les médecins.

La majorité des médecins interrogés ne connaissait pas d'outil de dépistage.

Le violentomètre et le site « declicviolence » ont été cités.

D. Le violentomètre, un outil avec des forces et des limites.

Les médecins lui trouvent de nombreux points forts en lien avec sa conception et comme outil pour l'aide au dépistage

Certaines limites ont aussi été soulevé par les médecins notamment sur ce qu'il manque, ce qu'il faudrait et sur ce qui les inquiète.

E. Les médecins ont envie d'utiliser le violentomètre et recommanderaient son utilisation à leurs confrères.

Les médecins généralistes proposent d'utiliser le violentomètre en réponse à une sollicitation, en systématique ou lors de consultation de prévention.

F. Des pistes pour l'utilisation dans les cabinets de médecine générale.

Différents moyens d'utilisation sont proposés :

- affichage ou flyers en salle d'attente,
- aide pour la discussion quand il y a un doute sur l'existence des violences,
- comme un score, disponible sur l'ordinateur si besoin,
- support à la « post-it » thérapie.

Certains médecins suggèrent des précautions lors de la présentation du violentomètre :

- prévoir une deuxième consultation pour discuter du violentomètre,
- présentation des items à part puis lecture des résultats.

II. Comparaison à la littérature

A. Le dépistage ciblé est privilégié par les médecins

Suite aux entretiens, il apparaît que le dépistage ciblé est privilégié par les médecins généralistes, ce qui est concordant avec les résultats de l'étude qualitative sur le ressenti des MG sur la prise en charge des violences conjugales, publié en 2010 par la revue *Exercer*. (17) Cependant les dernières recommandations HAS préconisent quant à elles d'intégrer systématiquement la question des VC dans la démarche diagnostique médicale (entretien, constitution du dossier médical, examens cliniques et paracliniques), a fortiori chez la femme enceinte. (3) Dans notre étude, le

questionnement systématique était utilisé par une minorité de médecin notamment lors du renouvellement de contraception et lors des examens gynécologiques.

Le fait que ce sont souvent les femmes elles même qui abordent le sujet des violences avec le médecin est également concordant avec les résultats de l'étude publiée par Exercer en 2010.(17)

Les signes cliniques évocateurs de violences selon les médecins généralistes de notre étude correspondent à ceux énumérés par l'HAS dans ses dernières recommandations de 2019 et à ceux décrits dans l'étude d'exercer. (3) (16)

B. Le diagnostic des violences est difficile.

Différentes études qualitatives constatent que les médecins ressentent des difficultés à diagnostiquer les violences conjugales, ce qui correspond aux ressentis des médecins interrogés dans notre étude (17)(19)(18). Certains médecins pensent que poser la question des violences peut être douloureux, ou peut brusquer les patientes. Un autre frein évoqué dans les études qualitatives et dans les entretiens est le manque de temps. Dans la littérature scientifique, il apparaît aussi que le manque de confiance ou d'expérience dans la gestion de ces situations et le manque d'information des organismes de référence sont des freins pour le dépistage. Ces éléments n'ont pas été cités par les médecins lors des entretiens.

Lorsque le problème est discuté ouvertement, les praticiens déclarent souvent être découragés par l'attitude de la patiente, son ambivalence, son refus de quitter son partenaire ou de déposer plainte. Ces éléments peuvent correspondre au mécanisme d'emprise caractéristique des violences, qui a été décrit par les praticiens dans les entretiens et qui rend la prise de conscience des patientes difficile.

C. Les outils de dépistage sont peu connus par les médecins.

Seul le questionnaire WAST a été traduit en français et son utilisation a été validée par la communauté scientifique, en France, en février 2021 pour l'aide au dépistage dans les cabinets de médecine générale(35). Suite aux entretiens réalisés dans cette étude, aucun médecin n'a déclaré utiliser le questionnaire WAST dans sa pratique.

Le site «decliviolence » et le violentomètre ont été cités par les médecins mais aucun d'eux n'a été validé scientifiquement pour le dépistage des violences conjugales.

D. Le violentomètre

Il n'existe aucune publication officielle pour valider l'utilisation du violentomètre comme moyen de dépistage. Récemment, une thèse d'exercice sur le violentomètre a été rédigée par Remy DENAUX. Il s'agit d'une étude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes pour évaluer l'intérêt de l'utilisation du violentomètre comme outil de dépistage (40).

1. Le violentomètre, un outil avec des forces et des limites.

Dans la thèse écrite par Remy DENAUX, 41 % des médecins déclarent ne trouver aucune limite au violentomètre(40).

Les limites évoquées par les autres médecins sont :

- Le manque de temps (35% des médecins interrogés)
- La réticence de la patiente à répondre (selon 23% des médecins)
- Les questions trop intimes (10% des médecins)

Le manque de temps et la présence de questions trop intimes pouvant être ressenties comme violentes correspondent aux limites citées dans les entretiens. La réticence des patientes à répondre au violentomètre n'a en revanche pas été évoquée par les médecins de notre étude.

2. Les médecins ont envie d'utiliser le violentomètre et conseilleraient son utilisation à leurs confrères.

Il apparaît suite à nos entretiens que les médecins ont envie d'utiliser le violentomètre et serait même prêt à conseiller son utilisation à leur confrère. Les résultats de la thèse de Remy DENAUX concordent avec cette tendance, en effet 97% des médecins ont jugé le violentomètre adaptable à la pratique de médecine libérale et aucun médecin ne trouve le violentomètre inutile. (40)

3. Des pistes pour l'utilisation du violentomètre dans les cabinets de médecine générale.

Toujours, dans la thèse de Remy DENAUX publiée en 2022 (37):

- 91% des médecins généralistes interrogés trouvent le violentomètre utile pour ouvrir la discussion.
- 56% des médecins optent pour le mettre en salle d'attente.
- 44% proposent d'utiliser le violentomètre dans un moment dédié.
- 53,5 % lui trouvent une utilité en tant qu'un outil de dépistage systématique.

Ces éléments sont comparables avec les résultats de notre étude et aux propositions des médecins généralistes.

L'affichage du violentomètre en salle d'attente est l'une des propositions les plus citées dans notre étude et dans celle de Remy DENAUX. Cette piste d'utilisation semble d'autant plus pertinente que l'HAS recommande de mettre en évidence des affiches sur le thème de la violence au sein du couple ainsi que des brochures à disposition des patients, dans la salle d'attente. En effet, cela permet de sensibiliser les patients à cette problématique et témoigne de l'implication du praticien dans l'écoute et la prise en charge. La démarche de repérage est ainsi facilitée. (3)

III. Forces et limites de l'étude

A. Forces

1. Validité interne

L'étude menée est une étude qualitative. Cette méthode semble la plus adaptée car elle est centrée sur le vécu et les représentations des médecins généralistes.

De plus, il n'existe aucune publication scientifique sur le violentomètre à partir de laquelle se baser pour déterminer les variables d'une étude quantitative descriptive. La méthode qualitative permet une plus grande liberté d'expression des médecins et d'obtenir leurs avis sur le violentomètre sans orienter les réponses.

L'entretien semi dirigé a été choisi car il permet d'avoir un cadre confidentiel plus propice pour aborder les sujets sensibles tels que les violences conjugales.

Le guide d'entretien a été testé au préalable auprès d'un interne de médecine générale avant son utilisation définitive.

L'analyse des données a été faite de façon concomitante au recueil et le guide d'entretien a évolué.

La suffisance des données a été consolidée par entretien supplémentaire.

Une triangulation des données a été réalisée afin de limiter le biais d'interprétation.

Enfin, ce travail répond aux critères SRQR qui permettent d'évaluer la validité interne et externe d'une étude qualitative.

2. Validité externe

Cet échantillon est basé sur un réseau de connaissance mais il est associé à un échantillonnage raisonné pour garantir la diversité. Il y a autant d'homme que de femme dans l'échantillon. Les médecins recrutés ont des âges différents et sont à différents stades de leurs carrières. Tous les modes et lieux d'exercice sont représentés dans l'échantillon.

B. Limite

1. Biais de sélection

Les médecins ont été recrutés via l'effet boule de neige à partir de médecins déjà connus, cela peut induire un biais de sélection.

De plus, le fait d'accepter de participer à une étude sur le sujet des violences conjugales révèle un possible intérêt des médecins pour ce genre de recherche et une vigilance particulière pour les violences conjugales. La réalisation d'un entretien semi-dirigé demande, en effet un investissement en termes de temps, qui peut être un frein au recrutement de praticiens qui ne s'intéressent pas au sujet.

2. Biais de désirabilité

Le sujet des violences est considéré comme un sujet sensible, il est possible que le discours des médecins ait été influencé par la pression du « politiquement correcte ». Certains ont pu dire ce qu'ils pensaient être attendu d'eux plutôt que leurs réels sentiments et opinions. Afin d'éviter ce biais, il a été rappelé aux médecins qu'il ne s'agissait pas de juger les pratiques professionnelles.

Mon genre a également pu avoir une influence sur le discours des médecins, induisant potentiellement une identification aux victimes.

3. Biais d'intervention

La formulation des questions, des relances et l'espace donné au silence ont pu influencer les réponses des personnes interrogés. Pour éviter cela au maximum, le guide d'entretien a été adapté au fur et à mesure des entretiens.

4. Biais d'interprétation

Les données ont été analysées par deux investigatrices. Les croyances et représentation de chacune ont pu avoir un impact sur l'interprétation des résultats. De plus, il existe possiblement un biais d'interprétation liés au genre. En effet, le fait que le genre des investigatrices soit le même que la majorité des victimes peut entraîner un sentiment d'empathie qui peut influencer les entretiens et leurs interprétations.

Le manque d'expérience des investigatrices peut également mener à une interprétation des entretiens incomplètes.

IV. Perspectives

A. Violentomètre : un outil à évaluer.

Seul le questionnaire WAST a été validé en français pour l'aide au dépistage des violences conjugales dans les cabinets de médecine générale (35). Cet outil est très peu connu des médecins généralistes et son utilisation ne semble pas intégrée dans la pratique des généralistes.

Le violentomètre a quant à lui, fait l'objet d'une diffusion massive notamment auprès des adolescents depuis sa sortie en 2018 et il commence à être connu dans le milieu médical. Il n'existe pour l'instant qu'une seule publication sur le violentomètre : une thèse quantitative publiée fin 2022 qui s'intéresse à l'intérêt du violentomètre dans le dépistage des violences conjugales. Dans cette thèse, 40% des médecins déclaraient avoir déjà entendu parler du violentomètre (40). Il semblerait donc intéressant de réaliser d'autres études pour valider son utilisation comme outil de dépistage. Si son utilisation pour le dépistage était validée, une présentation massive de ce nouvel outil aux médecins généralistes permettrait d'améliorer le repérage des patientes. L'adaptation du violentomètre sous forme de score pourrait être une piste pour mieux correspondre à un outil de dépistage. S'il ne faisait pas l'objet de validation pour le

dépistage, le violentomètre resterait un bon outil de sensibilisation et pourrait être affiché dans les salles d'attente des cabinets médicaux.

En parallèle, des études qualitatives pourraient être réalisées auprès des victimes pour comprendre leurs attentes en matière de dépistage et expliquer leurs représentations sur le violentomètre.

B. Formation.

Les résultats de notre étude montrent que les médecins trouvent le dépistage et la prise en charge des violences conjugales difficiles.

Il existe actuellement un kit de formation « ANNA » disponible en ligne sur les violences au sein du couple. Composé d'un court-métrage et d'un livret d'accompagnement, il explique les mécanismes des violences au sein du couple, le repérage et la prise en charge. Il a été élaboré par la MIPROF. Cet outil s'adresse à l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir auprès des femmes victimes de violences⁽⁴¹⁾. Cependant, pour trouver ces ressources, le médecin doit initier des recherches sur le sujet des violences conjugales, ce qui demande un investissement personnel et un intérêt particulier pour le sujet. Pour que la formation soit plus facilement accessible à tous, il serait intéressant d'intégrer des enseignements plus fréquents sur les violences conjugales lors de la formation continue proposée par le DPC (développement professionnel continu).

De plus, la diffusion massive de fiches reflexes adaptées au territoire d'exercice des professionnels de santé pourrait les aider pour leurs prises en charges.

C. Repérage et prise en charge des agresseurs.

La plupart des études sur les violences conjugales concerne le dépistage et la prise en charge des victimes. Une des pistes de réflexion pourrait être de s'intéresser également au repérage et à la prise en charge des agresseurs.

Récemment, une étude qualitative sur le rôle du médecin généraliste dans le repérage des auteurs de violences est parue dans la revue *Exercer*. Elle a mis en évidence la complexité de la gestion en consultation du repérage des auteurs de violences par les médecins généralistes. Ils semblent interrogatifs, mais mobilisés pour améliorer celui-

ci. Une approche pluri-professionnelle, comprenant notamment une formation de l'ensemble des professionnels impliqués (soignants, forces de l'ordre, magistrats) semble essentielle afin d'augmenter les possibilités de repérage et de réponse (42).

CONCLUSION

Les violences conjugales sont un problème majeur de santé publique et touchent 1 femme sur 10 en France. Elles sont responsables de conséquences sur la santé physique, mentale et sociale. Les médecins généralistes sont des interlocuteurs privilégiés pour le dépistage des violences conjugales. Il n'existe pour l'instant qu'un seul outil d'aide au dépistage validé en français : le questionnaire WAST. Depuis 2018, le violentomètre fait l'objet d'une large campagne de diffusion notamment pour sensibiliser les jeunes aux violences conjugales.

Cette étude montre que les médecins généralistes trouvent le dépistage et la prise en charge des violences conjugales difficiles. Le violentomètre est connu d'une minorité de médecins. Après présentation, il apparaît que les médecins ont envie d'utiliser le violentomètre dans leurs pratiques et imaginent divers moyens d'utilisations.

Dans ce contexte, il paraîtrait pertinent de prévoir de nouvelles études afin d'évaluer le violentomètre pour valider son utilisation comme outil de dépistage et de proposer des modalités d'utilisation adaptées à la pratique de médecine générale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation des Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. 1993.
2. World Health Organization. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2012 [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75201>
3. Christine RD. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Méthode « recommandation pour la pratique clinique » [Internet]. 2019 [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_argumentaire.pdf
4. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Comment repérer-Evaluer [Internet]. Haute Autorité de la Santé. 2019 [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf
5. Morvant et al. - Repérer et aider les victimes.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: https://solr.gmsante.fr/MG/2005/702/MG_2005_702_945.pdf
6. Saurel-Cubizolles, Marie-Josephe. Violences envers les femmes et état de santé mentale: résultats de l'enquête ENVEFF 2000. (Institut national de la santé et de la recherche médicales).
7. Lettre n°18 - Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2021.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/Lettre%20n%C2%B018%20-%20Les%20violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20les%20violences%20sexuelles%20en%202021.pdf>
8. Filatriau Olivier. Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2021. Service d'analyse statistique de la sécurité intérieure; 2022 déc. Report No.: 53.
9. Enquete cadre de Vie Sécurité. 2019, ministère de l'intérieur
10. Filatrio Olivier GH. Panorama des violences en France métropolitaine. Enquete GENESE. Service d'analyse statistique de la sécurité intérieure; 2021.
11. World report on violence and health [Internet]. OMS; 2002 [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf;jsessionid=38422

A32B32DC728EDC83A87F52927DE?sequence=1

12. Astin MC, Ogland-Hand SM, Coleman EM, Foy DW. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995;63:308-12.
13. Hilberman E, Munson K. Sixty battered women. *Victimology*. 1977;2:460-70.
14. Salmona M. La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. *Les Cahiers de la Justice*. 2018;1(1):69-87.
15. Dépistage : objectif et conditions [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
16. [guide_programme_depistage_rap.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf) [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf
17. Helene Canuet, Isabelle Belin. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes: une étude qualitative. *Exercer*. 2010;(81).
18. Miller D, Jaye C. GPs' perception of their role in the identification and management of family violence. *Fam Pract*. 1 avr 2007;24(2):95-101.
19. Marie Claude Hofner, Sylvette Mihoubi-Culard. Le role des professionnels de l'action médico sociale dans la prévention des violences conjugales. 2008;
20. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women Exposed to Intimate Partner Violence: Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies. *Arch Intern Med*. 9 janv 2006;166(1):22-37.
21. Robinson L, Spilsbury K. Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of domestic violence. *Health & Social Care in the Community*. 2008;16(1):16-30.
22. Le Bars M, Lasserre E, Le Goaziou MF. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. *Éthique & Santé*. 1 déc 2015;12(4):244-9.
23. Landzberg L. Perception de la femme victime de violences conjugales sur la place du médecin généraliste dans son parcours initial et ses attentes: étude qualitative par entretiens compréhensifs auprès de femmes victimes de violences conjugales reçues par SOS Femmes 13 à Marseille. Thèse d'exercice :163.
24. Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2001;25(5):433-7.
25. Othman S, Goddard C, Piterman L. Victims' Barriers to Discussing Domestic Violence in Clinical Consultations: A Qualitative Enquiry. *J Interpers Violence*. 1 mai 2014;29(8):1497-513.

26. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cité 24 janv 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85240>
27. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 22 juill 2015;2015(7):CD007007.
28. National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: multi-agency working. Public health guideline published in february 2014
29. Dicola D, Spaar E. Intimate Partner Violence. *afp*. 15 oct 2016;94(8):646-51.
30. Henrion, Roger. Les femmes victimes de violences conjugales: le rôle des professionnel de santé. Ministère de la santé; 2001.
31. Outil d'aide au repérage des violences conjugales. HAS 2022 nov.
32. Séverac N. Observatoire national de l'enfance en danger. Rapport d'étude Les enfants exposés à la violence conjugale. Déc 2012
33. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening Women for Intimate Partner Violence: A Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med*. 5 juin 2012;156(11):796-808.
34. Brown JB, Lent B, Sas G, Schmidt G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-Short in the Family Practice Setting. *Journal of Family Practice*. oct 2000;49(10):896.
35. Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M, Verneret-Bord E, Vendittelli F, et al. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse screening Tool). *article revue BEH2*, juin 2020
36. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med*. juin 1996;28(6):422-8.
37. Hussain N, Sprague S, Madden K, Hussain FN, Pindiprolu B, Bhandari M. A Comparison of the Types of Screening Tool Administration Methods Used for the Detection of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 1 janv 2015;16(1):60-9.
38. Le violentomètre : un outil pour aider à mesurer la violence dans le couple [Internet]. *seinesaintdenis.fr*. 2023 [cité 27 janv 2023]. Disponible sur: <https://seinesaintdenis.fr/violentometre>
39. Outil de prévention des violences Le Violentomètre | Centre Hubertine Auclert [Internet]. [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/outil-de-prevention-des-violences-le-violentometre>
40. DENAUX,Remy. Intérêt de l'utilisation du violentomètre en tant qu'outil de dépistage

des violences conjugales, enquête auprès des médecins généralistes libéraux. Marseille; Thèse d'exercice publiée en 2022

41. Outils de formation sur les violences au sein du couple | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 4 avr 2023]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple>

42. Boukandoura, lucie; Mirabel, Armand; Janczewski, Aurélie; Khouani Jérémy. Rôle du médecin généraliste dans le repérage des auteurs de violences exercées par un partenaire intime. Exercer. 2022;

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Dépistage des violences conjugales : intérêt du violentomètre

Version 2 (23/03/21)

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je réalise donc ma thèse sur le dépistage des violences conjugales par le médecin généraliste. Je vais notamment vous présenter un nouvel outil de dépistage qui s'appelle le violentomètre et nous allons discuter ensemble de l'intérêt de son utilisation dans les cabinets.

Avec votre accord, je souhaiterais vous enregistrer car ce sera plus facile d'exploiter cet entretien par la suite. Cela restera bien sûr anonyme.

I) Expérience du sujet

- 1) Avez-vous déjà reçu en consultation des patientes victimes de violences conjugales ?
Si oui, Comment avez-vous abordé le sujet ? Comment les avez-vous pris en charge ?
- 2) Avez-vous des patientes dont vous savez qu'elles ont subi des violences dans leur passé ?
Comment avez-vous eu connaissance de ces faits ?
- 3) Connaissez-vous des outils de dépistage des violences ?
Si oui, lesquels ?
- 4) Comment dépister vous les violences conjugales ?
- 5) Connaissez-vous le violentomètre ?

II) Le violentomètre

Il s'agit d'outil de dépistage pour sensibiliser les femmes aux violences conjugales. Il se présente sous la forme d'une règle qui recense différentes situations de violences vécues principalement par les jeunes femmes. Son objectif est de limiter la banalisation des violences et de permettre la prise de conscience des victimes.

- 1) Qu'en pensez-vous ?

Pour les médecins ne connaissant pas le violentomètre

- 2) Aimerez-vous utiliser le violentomètre dans votre cabinet ?
Si OUI pourquoi ?
Si NON pourquoi ?
- 3) Voudriez-vous améliorer quelque chose ?
Si OUI quoi ?

Pour les médecins utilisant déjà le violentomètre

- 2) Qu'est-ce que le violentomètre a apporté à votre pratique ?
- 3) Conseillerez-vous le violentomètre à vos confrères ?
Si OUI, pourquoi ?
Si NON, pourquoi ?

Avez- vous des questions ? Des remarques ?

LEMAIRE Manon

Annexe 2 : Lettre d'information aux participants

Bonjour, je suis Manon LEMAIRE, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur le dépistage des violences conjugales. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la pertinence de l'utilisation d'un nouvel outil de dépistage dans les cabinets de médecine générale. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être un médecin généraliste.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Aussi pour assurer une sécurité optimale ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° : 2021 117 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

Annexe 3 : Déclaration de conformité à la protection des données personnelles.



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Juger la pertinence de l'utilisation d'un nouvel outil de dépistage des violences conjugales (le violentomètre) dans les cabinets de médecine générale.
Référence Registre DPO : 2021-117
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme. Manon LEMAIRE

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 26 mai 2021

Délégué à la Protection des Données

Annexe 4 : Exemple d'entretien : entretien M10

Entretien M10

I

Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je réalise donc ma thèse sur le dépistage des violences conjugales par le médecin généraliste. Je vais notamment vous présenter un nouvel outil de dépistage qui s'appelle le violentomètre et nous allons discuter ensemble de l'intérêt de son utilisation dans les cabinets de médecine générale. Si vous êtes d'accord, je vais nous enregistrer afin de pouvoir exploiter cet entretien par la suite.

Cela restera bien sûr anonyme.

Alors, première question, avez-vous déjà reçu en consultation des patientes victimes de violences conjugales ?

M10

Ah bah oui. Celui qui n'en reçoit pas, c'est qu'il ne le cherche pas.

I

D'accord, et du coup comment avez-vous abordé le sujet ?

M10

Alors, quand je me suis installée au départ, je ne faisais que du dépistage de gens qui venait pour porter plainte en fait. Avec le temps, c'est des questions que je pose systématiquement à l'examen de renouvellement de pilules, au moment du frottis aussi parce que c'est l'occasion de parler, de savoir s'il y a des rapports non consentis, des douleurs au moment des rapports. Et puis de glisser comme ça doucement, en disant : « est ce que ça va bien avec votre mari, est ce qu'il n'est pas violent ? ». Moi, je mets carrément les pieds dans le plat hein. Je dis : « bah voilà hein, c'est pas un qui vous tape dessus, il faut m'en parler si c'est le cas ». Donc c'est comme ça et il y a une petite dizaine d'années, je me suis rendue compte qu'il existe des femmes qui sont dans des contextes de violences conjugales sans coup, sans marque. C'est les pires pour moi, parce que pour ça, on ne peut rien faire. Quand il y a des coups, moi je fais des signalements systématiquement, maintenant je ne m'embête plus, je signale et je fais des informations préoccupantes, après la justice elle fait son travail. Par contre, les femmes qui n'ont pas de carte bleue, qui n'ont pas les clés de chez elles, qui n'ont pas le permis de conduire ou pas d'accès à une voiture, ça c'est de la violence autre qui est quand même difficile : -un à cerner mais si on pose une question souvent elles répondent et puis – deux on ne peut pas faire grand-chose quoi...

Donc moi, je ... Ouais maintenant, j'essaie d'aborder régulièrement sur les consultations où elles sont seules. La seule chose qui m'échappe à l'heure actuelle, c'est les téléconsultations parce qu'il y a certaines femmes que l'on ne voit plus au cabinet et quand on est en téléconsultation, on ne sait pas qui on a derrière et qui écoute quoi et en tout cas, on ne peut pas poser certaines questions donc c'est compliqué.

I

Est-ce que vous avez reçu une formation particulière pour le dépistage des violences conjugales ?

M10

Aucune, vous aimez bien qu'on fasse des formations, les internes sur toutes vos thèses. Il faudrait faire des formations, alors moi je travaille de 8h à 20h, j'ai 2700 patients. Je n'ai plus le temps de me faire former à tout. J'essaie de lire des choses quand je vais aux toilettes et après ouais j'essaie de me former comme ça sur le tas et puis on progresse avec l'expérience. Avec l'expérience, il y a des choses qui sont plus facile à dire, plus facile à faire et puis voilà, si on a envie, on peut changer sa façon de faire.

I

Quand vous identifiez qu'une femme est victime de violences, comment vous la prenez en charge ?

M10

Je donne les adresses des associations, les numéros de téléphone, souvent elles n'ont pas suffisamment de sous, donc un suivi psy c'est difficile, souvent en plus elles sont dans le déni donc arriver déjà à leur faire dire qu'il y a de la violence. On sait qu'il y a de la violence conjugale, elles savent que nous savons qu'il y a de la violence conjugale, mais elles ne disent rien donc euh... Ca peut prendre déjà des années avant de pouvoir déjà mettre les mots dessus, donc on ne peut pas vraiment aider entre deux. Voilà. Moi, je glisse le violentomètre, en leur disant : « voilà en tout cas si vous vivez ça, ce n'est pas normal et ça doit vous faire bouger ». Mais après voilà, c'est comme les alcooliques, si elles n'ont pas envie de se soigner les femmes battues, euh... Il y a ce côté où si elles n'ont pas envie de... Fin, elles ont tellement peur, qu'elles sont tétanisées dans leur truc et ça, c'est hyper compliqué. Mais changer, sortir de sa zone de confort qui est très inconfortable, c'est compliqué pour tout le monde. Et de la même façon, les femmes battues sont sous emprise comme les alcooliques sont sous l'emprise de l'alcool. C'est le même combat en fait et c'est compliqué. Surtout qu'elles tombent souvent avec des hommes qui les isolent et qui font tout pour que ça soit très compliqué.

I

Et du coup, c'est un sujet que vous pourrez évoquer lors de plusieurs consultations ?

M10

Ah oui. Je le réévoque systématiquement. Et puis, j'avais une petite mamie qui s'était suicidée, enfin qui avait fait une tentative de suicide, il y a quelques années, je ne sais pas elle avait 65 ans, 66 ans, une petite mamie toute mimi quoi. Et donc, je reçois un courrier comme quoi, elle avait fait une tentative de suicide. Elle n'est jamais venue en sortie d'hospitalisation me le dire. Et donc une fois, elle vient dans la suite pour le renouvellement de son traitement. Je dis : « bah alors qu'est ce qui se passe ? Qu'est ce qui a fait qu'on ait envie de mourir quand même ? ». Et là, elle a commencé à me parler de son mari qui n'était pas violent physiquement hein, mais qui l'insultait, qui l'humiliait, elle n'avait pas de carte bleue. C'est là, où j'ai commencé à découvrir, qu'il y avait des femmes qui n'avaient pas de carte bleue, pas de clé de maison, qui étaient humilié sans cesse. En plus, elle avait trois enfants handicapés et s'ils étaient handicapés, c'était de sa faute. Et donc le doigt était mis et puis après on peut en rediscuter et je pense que même si je ne peux rien changer à sa situation parce qu'elle me dit : « bah voilà, moi je n'ai jamais travaillé donc je ne peux pas partir, je n'ai pas d'argent, je vais vivre où ? Je ne peux pas compter sur mes enfants handicapés ». Mais ça permettait d'en parler de mettre des mots. Et je me dis que ce n'est pas beaucoup, mais c'est déjà pas mal. Bon... Puis quand son mari est mort, on a sorti le champagne, c'était

la seule façon pour elle de s'en libérer. C'est terrible de se dire ça. Voilà.

Mais, je pense que déjà pouvoir en parler. Savoir que, elles peuvent en parler ici, qu'on peut aborder les choses, ça peut faire évoluer les choses difficilement mais à petit pas comme un colibri.

I

Oui, comme Pierre Rabhi, c'est ça...

M10

Voilà, c'est ça. *Rire*

I

Est-ce qu'il y a des signes qui vont vous alerter ? Vous amenez à poser la question des violences ?

,

M10

Ba évidemment, tout ce qui est hématomes suspects, fractures, chutes, traumatismes quand ça commence à se répéter euh... le port de vêtement large, les changements d'habitude, tout ce qui est fatigue, la somatisation, ce que disent les enfants -ça aussi, c'est important- et puis après, il y a des femmes qui arrivent à passer à travers tout ça, qui donnent bien le change. Et on n'arrive pas, mais bon après si elles ne veulent pas me dire et qu'elles disent : « oui, oui, oui, ça va », bon bah voilà. A un moment, on ne peut pas être non plus trop... Si on va trop loin, on perd la confiance du patient et puis voilà.

I

Est-ce que vous connaissez des outils de dépistage des violences ?

M10

Non, je n'en connais pas. J'avoue, je n'en utilise pas.

I

Et vous connaissez le violentomètre ?

M10

Je connais le violentomètre oui. Je connais le violentomètre ça c'est sûr. C'est la seule chose que j'utilise. J'étais contente de tomber là dessus parce que je trouvais que ça permettait euh... Ba moi, je l'ai mis en salle d'attente parce que ça permettait de se situer sans en parler. Et ça permet aussi avec les ados d'en parler. Les choses que tu peux supporter et les choses que tu ne dois pas supporter, qui ne sont pas normales. Je pense que c'est très tôt qu'il faut éduquer les femmes et les hommes parce qu'au final, il y a aussi des hommes battus et ça on en parle moins. Et eux, ils sont dans des situations encore plus complexe que les femmes parce que... Alors autant chez les femmes, on reçoit déjà difficilement les plaintes mais alors les mecs encore pires.

Moi, j'ai eu un Monsieur qui se faisait battre par son épouse et la police n'a jamais voulu prendre en charge sa plainte, en disant que c'était un homme, qu'il n'avait qu'à se débrouiller. Quand vous faites 1m60 et votre femme 1m90 et qu'elle tente de vous étrangler avec un barreau de chaise, moi je pense que l'on est comme une femme. Ce n'est pas mieux, pas pire. Donc ouais, il y a le violentomètre que j'utilise depuis, je ne sais pas, deux, trois ans. Je crois que je suis tombée dessus au moment du COVID et je trouvais ça intéressant que les gens puissent se référer là-dessus. Et maintenant, c'est sûr que quand on parle d'anomalie dans le

contexte conjugale, qui des fois ne sont pas encore des violences, mais glisse vers la violence je le sors facilement. Parce qu'on a des femmes qui ont leurs cartes bleues, qui ont leurs clés de maison mais pour qui, il y a un cadre : tu dois être mince, tu ne dois pas vieillir et c'est la première des violences. C'est quand même aberrant de se dire qu'au 21^{ème} siècle, il y a encore des femmes qui subissent ça quoi. Donc voilà, moi je pense qu'il devrait être encore plus pousser le violentomètre. Et qu'il devrait être euh ... On dit c'est les femmes mais moi, j'ai changé dessus, c'est mesdames et messieurs. On n'a pas à subir, plus d'un homme que d'une femme aussi qui pourrait être hyper jalouse, empêcher de voir ses copains, empêcher de voir sa famille, de faire du sport. De la même façon, le respect va dans les deux sens et moi je trouve qu'il est un peu trop sexué. Malgré tout, il y a plus de femmes que d'hommes qui meurent sous les coups de leurs maris. Mais, je n'aime pas les choses trop genrés.

I

Comment avez-vous découvert le violentomètre ?

M10

J'ai découvert le violentomètre, en cherchant sur internet. Je ne sais plus ce que je cherchais. Je cherchais un truc et puis je suis tombée là-dessus. Et donc, je me suis dit que c'était un outil intéressant. C'est là que je l'ai découvert et puis après je me le suis approprié, je l'ai mis sur mon ordi et je l'imprime régulièrement. Je le donne aux ados. Il est en salle d'attente. Je trouve que c'est un outil qui devrait être partout diffusé à fond dans les écoles mais dès tout petits hein, de dire tu n'as pas le droit de demander à l'autre qu'il fasse ceci comme toi tu l'entends. C'est la base du respect.

I

Est-ce que vous avez de retour de patiente avec qui vous l'avez utilisé ? Par rapport au violentomètre ?

M10

Oui, il y a des patientes qui vont me dire quand elles l'ont pris chez elles « oui j'ai réfléchi vous avez raison, ça je ne vais plus l'accepter » et des fois elles se rendent compte de la violence qui est en train de se mettre en route et elles arrivent à faire barrage. Celles qui sont très loin dans la violence, c'est plus compliqué, elles sont vraiment sous emprise mais celles qui sont au début du glissement là, c'est utile. Donc au final, elles n'en parlent pas souvent. J'ai eu quelques retours mais c'est sur une main je pense. On ne sait pas trop. Moi, je relance avec plus ou moins de succès mais il y a certainement des cas où ça fini à la poubelle.

I

Et est-ce que vous avez des femmes qui vous ont parlé en disant, j'ai vu le violentomètre dans la salle d'attente et qui sont revenues vers vous ?

M10

Une fois. Une ado. Une ado qui était en couple depuis 1 an et demi avec son copain et qui me dit : « je crois qu'il faut que je parte, j'ai vu votre truc dans la salle d'attente, il commence à me faire des trucs comme ça. » Une fois. Alors je me dis c'est une de gagner. Plus celles qui ne disent rien, qui le font peut-être sans le dire. Ca arrive aussi.

I

Donc, il est dans la salle d'attente et après vous pouvez le redonner au cas par cas ?

M10

Oui, moi je le réimprime au cas par cas en fait. Comme ça, je suis tranquille. Je l'ai sur mon bureau et puis je l'imprime.

I

D'accord. Est-ce que vous voyez des choses que l'on pourrait améliorer ? Vous avez déjà évoqué la possibilité de dégenrer le violentomètre ?

M10

Oui, dégenrer le violentomètre. Il y a des choses qui manquent dans le violentomètre je trouvais. Le fait de ne pas avoir de carte bleue, ça c'est des choses qui doivent alerter. L'autorisation d'avoir un compte personnel, ce n'est que depuis 70 en 65, 66, je crois. Moi ma grand-mère, elle a été veuve à 25 ans. Elle travaillait dans une pharmacie, elle a dû être mis sous tutelle, jusqu'en 65 pour gérer ses comptes, son chéquier et sa vie de tous les jours, alors qu'elle était veuve avec deux enfants. Il faut se battre pour que ça, ça n'arrive plus jamais hein ! Donc, il y a des choses comme ça où voilà. Donc je trouve que déjà dans le violentomètre, tu n'as pas accès à un moyen de paiement, tu n'as pas accès à pouvoir conduire, ton mari t'empêche de conduire. Moi, j'ai une patiente qui a passé le permis de conduire derrière le dos de son mari. Donc ça il faut dire, ce n'est pas normal, on ne peut pas. Donc il y a des choses qui peuvent ... Mais bon, on ferait un violentomètre qui ferait 10 mètres de long, c'est le problème. Il y a des choses forcément à améliorer mais dans l'outil là, il est pratique parce qu'il tient sur un A4 et c'est déjà mieux que aucun outil. Et après, on peut mettre tous les outils de la terre, il faut que les gens les utilisent. Et il y a sûrement d'autres outils que je ne connais pas, mais bon, on ne peut pas connaître tout. Notre champ de compétence, il est quand même très très large et la violence, ce n'est pas de la médecine. Ça le devient mais au départ ce n'est pas de la médecine. Les psychiatres vous le diront, un homme violent, ce n'est pas un homme fou. Ce n'est pas de la psychiatrie. C'est de l'éducation. Donc voilà ! C'est sûr qu'à l'heure actuelle, on est de moins en moins de médecin, on doit faire de plus en plus dans des temps courts. Donc voilà, tout ce qui sort de la médecine pure, de la médecine organique donc quand on a ces choses qui sont borderline là, qui sont du social, ça empiète beaucoup. Je pense qu'il y a quelque chose à faire sur la création de gens pour aider les difficultés de couple. Donc voilà, après rembourser pas rembourser, c'est autre un autre débat.

Les français, ils n'aiment pas payer donc voilà dès qu'ils payent, ils vont voir leur médecin généraliste, c'est le seul truc qui est gratuit. Enfin, un euro, ça va, ce n'est pas trop cher. Mais bon, on a plein d'outil, certainement mais on ne peut pas tous les utiliser.

I

Et donc, conseillerez-vous le violentomètre à vos confrères ?

M10

Ah oui, oui ! Moi, je leur dis toujours aux internes, il faut l'utiliser ça. Je leur montre aux internes. C'est un outil qui est quand même appréciable et qui devrait être diffusé, je vous dis partout. Je pense que dès l'école, on devrait être sensibilisé. C'est la racine du mal, c'est l'éducation.

I

Très bien. Merci beaucoup.

M10

De rien

Annexe 5 : Questionnaire WAST

Questionnaire WAST
Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?
 Très tendue Assez tendue Sans tension

2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?
 Très difficilement Assez difficilement Sans difficulté

3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?
 Souvent Parfois Jamais

4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?
 Souvent Parfois Jamais

5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?
 Souvent Parfois Jamais

6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?
 Souvent Parfois Jamais

7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?
 Souvent Parfois Jamais

8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?
 Souvent Parfois Jamais

WAST : *Woman Abuse Screening Tool.*

2 points 1 point 0 point

Un résultat supérieur ou égal à 5 points met en évidence une exposition à des violences.

Annexe 6 : Violentomètre

Lutter contre les violences faites aux jeunes femmes

Le violentomètre

Le consentement, c'est quoi ? C'est le fait de donner son accord de manière consciente, libre et explicite à un moment donné pour une situation précise. Tu peux revenir sur ce choix quand tu le souhaites et selon les raisons qui te sont propres. Tu n'as pas à te justifier ou subir des pressions.



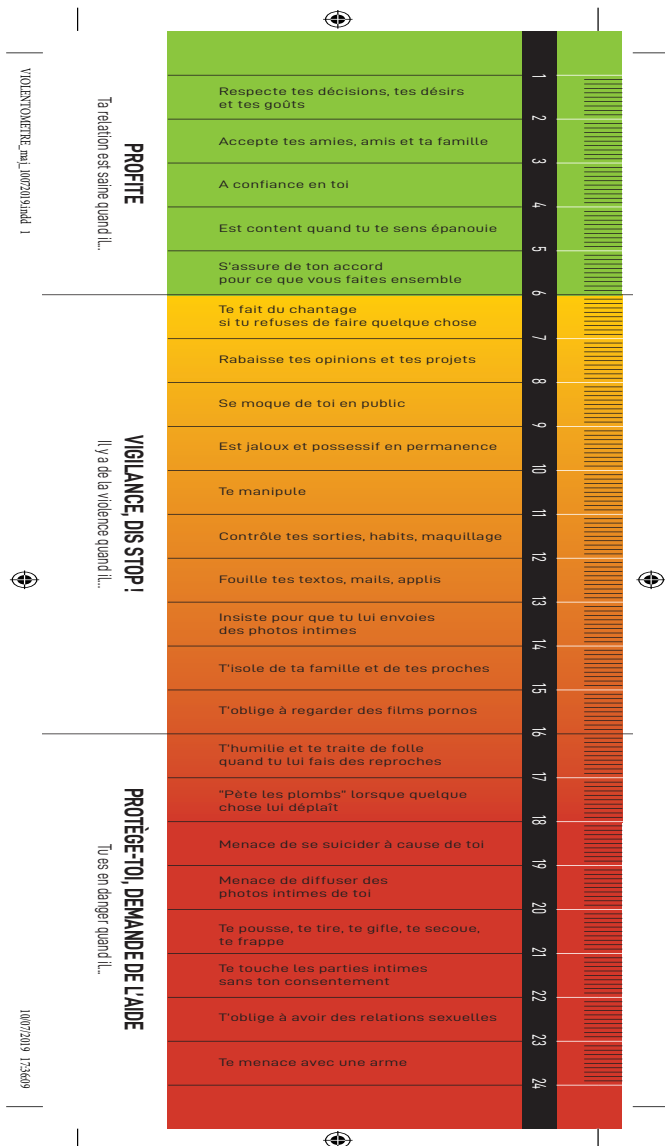





BESON D'AIDE ?
VIOLENCES FEMMES INFO
APPELEZ LE 3919
*Appel anonyme et gratuit.

Le Chat de En avant toute(s)





Annexe 7 : Fiche de recommandation HAS



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple

COMMENT REPÉRER - ÉVALUER

Juin 2019

REPÉRER SYSTÉMATIQUEMENT, MÊME EN L'ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE

- Des questions adaptées au contexte

Par exemple

- « Comment vous sentez-vous à la maison ? »
- « Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ? »
- « En cas de dispute, cela se passe comment ? »
- « Comment se passent vos rapports intimes ? Et en cas de désaccord ? »
- « Avez-vous peur pour vos enfants ? »
- « Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ? »
- « Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ? »
- « Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ? »
- « Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ? »
- « Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ? »

- En précisant que ces questions sont abordées avec toutes les patientes étant donnée la fréquence du risque.
- Il n'existe pas de gradient social ou culturel.

Y PENSER EN CAS DE...

Troubles physiques	<p>Signes fonctionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexplicées. ■ Symptômes physiques chroniques inexplicés : douleurs, asthénie, troubles digestifs, sensation d'engourdissements et de fourmillements dans les mains, palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer. ■ Mésusage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple). <p>Signes cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lésions traumatiques surtout si elles sont répétées (anciennes et multiples), évoquant la marque d'un objet vulnérant, avec des explications vagues et qui paraissent peu plausibles avec le mécanisme traumatique allégué. ■ Maladie chronique déséquilibrée.
Troubles psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations. ■ Addictions et/ou abus de substances. ■ Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hypervigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement). ■ Des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto-dévalorisation ». ■ États d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques. ■ Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars. ■ Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie. ■ Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire. ■ Des troubles psychosomatiques.
Santé sexuelle et reproductive	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infections génitales et urinaires à répétition, et infections sexuellement transmissibles (IST) répétées, transmission du VIH. ■ Troubles de la sexualité, comportement sexuel à risque. ■ Douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie. ■ Grossesses non désirées et interruptions volontaires de grossesse. ■ Complications obstétricales : décès maternel, hémorragie foeto-maternelle, fausses-couches, infections maternelles, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse. ■ Complications fœtales : mort <i>in utero</i>, retard de croissance intra-utérine, prématurité, faible poids à la naissance. ■ Retard ou absence d'accès aux soins périnataux. ■ Comportements à risque pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues illicites, mauvaise nutrition).
En cabinet dentaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse, etc. ■ Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes, etc. ■ Asymétrie du visage, affaissement facial. ■ Troubles de l'occlusion. ■ Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire. ■ Attitude « trop » résistante à la douleur. ■ Attitude très docile, voire figée. ■ Troubles somatiques. ■ Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche. ■ Réflexions lors de l'examen clinique comme : « <i>J'ai l'impression qu'on me viole</i> ».

Y PENSER EN CAS DE FACTEURS ASSOCIÉS

Qu'une femme soit victime de violence	Qu'un homme se montre violent	Facteurs relationnels ou conjoncturels
<ul style="list-style-type: none"> ■ Le jeune âge. ■ Un faible niveau d'instruction. ■ Une exposition à la violence conjugale dans l'enfance. ■ Maltraitance pendant l'enfance. ■ L'acceptation de la violence. ■ La grossesse, la naissance d'un enfant ; la période périnatale. ■ Les handicaps, les maladies de longue durée. ■ Les problèmes de santé mentale. ■ La dépendance financière. ■ Une conduite addictive (alcool, drogues). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le jeune âge. ■ Un faible niveau d'instruction. ■ Antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance. ■ L'abus de drogues et d'alcool. ■ Des troubles de la personnalité. ■ La banalisation de la violence. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Insatisfaction dans le couple. ■ Contexte de séparation conflictuelle. ■ Domination masculine dans la famille. ■ Stress économique, précarité. ■ Une vulnérabilité liée à une dépendance administrative, et/ou sociale et/ou économique. ■ Écart entre les niveaux d'instruction, situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire masculin. ■ Différence d'âge importante dans le couple. ■ Un déracinement géographique entraînant un isolement social.

Y PENSER EN CAS DE COMPORTEMENTS INHABITUELS OU INADAPTÉS...

<p>Du conjoint</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un partenaire accompagnant trop impliqué, répond à la place de sa partenaire, minimise les symptômes, ou tient des propos méprisants et disqualifiants.
<p>Des enfants</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rupture dans le comportement, rupture scolaire. ■ Repli sur soi ou hyperactivité. ■ Régression des acquisitions ou maturité précoce. ■ Troubles alimentaires, troubles du sommeil, douleurs répétées. ■ Actes délictueux, mise en péril de soi.

ÉVALUER LES SIGNES DE GRAVITÉ

- Gravité des actes de violences : fréquence, intensité, contexte (grossesse, enfants, projet de séparation), conséquences des violences (risque de suicide, hématomes, fractures, etc.).
- Dangerosité de l'agresseur : menaces de mort, tentatives de passage à l'acte (ex strangulation) ; présence d'armes au domicile, etc.
- Retentissement sur les enfants du foyer.
- Vulnérabilité de la victime (grossesse, isolement social, présence d'un handicap, épisode dépressif caractérisé).

© HAS - Santé Publique France - Juin 2019

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
 « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » – Recommandations – Juin 2019.
 Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Annexe 8 : Critères SRQR.

Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)* - version française

Titre et résumé

Titre – Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Identifier l'étude comme qualitative ou indique l'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretiens, focus group) est recommandé.

Résumé – Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format de la publication visée ; typiquement introduction, objectif, méthodes, résultats et conclusions.

Introduction

Formulation du problème – Description et significativité du problème/phénomène étudié ; revue des théories pertinentes et des travaux empiriques ; formulation du problème.

But ou question de recherche – But de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.

Méthodes

Approche qualitative et paradigme de recherche – Approche qualitative (ex : ethnographie, théorisation ancrée, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et théories sous-jacentes si approprié ; identifier le paradigme de recherche (ex : post-positivisme, constructivisme/interprétativisme) est également recommandé ; justification*.

Caractéristiques du chercheur et réflexivité – Caractéristiques du chercheur qui peuvent influencer la recherche, en incluant les attributs personnels, qualifications et expérience, relations avec les participants, préjugés et présupposés ; potentielle ou réelle interaction entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, approche, méthodes, résultats et/ou transférabilité des résultats.

Contexte – Déroulé, lieu et facteurs contextuels saillants ; justification*

Stratégie d'échantillonnage – Comment et pourquoi les participants, les documents ou événements ont été sélectionnés ; critères permettant de décider à quel moment arrêter l'échantillonnage (ex : saturation) ; justification*

Questions éthiques relatives aux sujets humains - Documentation de l'approbation par un comité d'éthique approprié et du consentement du participant, ou explication de l'absence de consentement ; autres questions de confidentialité et de sécurité des données

Méthodes de collecte des données - Types de données collectées ; détails des procédures de collecte des données, y compris (le cas échéant) les dates de début et de fin de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif, la triangulation des sources/méthodes et la modification des procédures en fonction de l'évolution des résultats de l'étude ; justification*

Instruments et technologies de collecte de données - Description des instruments (par exemple guides d'entretien, questionnaires) et des dispositifs (par exemple, enregistreurs audio) utilisés pour la collecte de données ; le cas échéant comment le ou les instruments ont changé au cours de l'étude

**(Rapidement justifier le choix de cette théorie, de cette approche ou technique par rapport à d'autres options envisageables, les suppositions et limites inhérents à ces choix, et comment ces choix influencent les conclusions de l'étude et la transférabilité des résultats)*

AUTEUR(E) : Nom : LEMAIRE

Prénom : Manon

Date de soutenance : Jeudi 1 Juin 2023

Titre de la thèse : Intérêt du violentomètre dans le dépistage des violences conjugales. : Étude qualitative auprès de médecins généralistes.

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + FST/option : *Médecine générale*

Mots-clés : Violences conjugales, outil de dépistage, violentomètre, médecine générale, état des pratiques.

Résumé :

Introduction : Les violences conjugales sont un problème majeur de santé publique : en 2021 en France, 213 000 femmes ont été victimes de violences conjugales. Ces violences sont responsables de conséquences multiples sur la santé. Les médecins généralistes sont des interlocuteurs privilégiés pour leur dépistage. En 2023, il n'existe pour l'instant qu'un seul outil d'aide au dépistage validé en français, le questionnaire WAST. Depuis 2018, le violentomètre un auto-questionnaire présenté sous forme de règle graduée a fait l'objet d'une large campagne de diffusion notamment pour sensibiliser les jeunes aux violences conjugales. Cet outil recense 23 exemples de comportement type, qu'un partenaire peut avoir. L'objectif de cette étude est de déterminer quelles sont les représentations des médecins généralistes concernant le dépistage des violences conjugales et d'évaluer l'intérêt pour eux l'utilisation du violentomètre comme nouvel outil de dépistage.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative. Quatorze entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecin généraliste des Hauts de France en présentiel ou en visio-conférence.

Résultats : Les médecins généralistes privilégient le dépistage ciblé. Ils trouvent le dépistage et la prise en charge des violences conjugales difficiles. Plusieurs facteurs liés aux médecins eux-mêmes, aux patientes et aux violences sont évoqués pour justifier de cette difficulté. Les outils de dépistages des VC sont peu connus des médecins. Après présentation, il apparaît que les médecins ont envie d'utiliser le violentomètre dans leurs pratiques. Le violentomètre est perçu comme un outil avec des points forts, et ce notamment en lien avec sa conception et son utilité pour le dépistage. Certaines limites ont aussi été évoquées par les médecins interrogés concernant des éléments manquant ou une appréhension d'utilisation. Divers moyens d'utilisation du violentomètre ont été proposés dont affichage en salle d'attente, aide à la discussion ou score.

Conclusion : Le violentomètre est un outil de dépistage perçu comme utile par les médecins généralistes et il paraîtrait pertinent de prévoir une étude diagnostique pour valider son utilisation comme outil de dépistage adapté à la pratique de médecine générale.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Monsieur le Docteur François DELFORGE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Fanny SERMAN