



Que modifie l'apport du score diagnostic HITS de dépistage des violences faites aux femmes dans le vécu des médecins généralistes : une étude qualitative

Thibaud Peiffer

► To cite this version:

Thibaud Peiffer. Que modifie l'apport du score diagnostic HITS de dépistage des violences faites aux femmes dans le vécu des médecins généralistes : une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02747047

HAL Id: dumas-02747047

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02747047>

Submitted on 3 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de médecine de Nice

Année 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

**Que modifie l'apport du score diagnostic HITS de dépistage
des violences faites aux femmes dans le vécu des médecins
généralistes. Une étude qualitative.**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice le :
06/11/2019

Par Thibaud Peiffer
Né le 11 juin 1990 à Nice

Monsieur le Professeur DELOTTE Jérôme	Président du jury
Madame la Professeure ALUNNI Véronique	Assesseur
Monsieur le Professeur LEVRAUT Jacques	Assesseur
Madame le Docteur ISMAIL Florence	Directrice de thèse
Monsieur le Docteur MARCOTTE Olivier	Directeur de thèse

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr DELLAMONICA jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHELIS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	ROHRICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
-----	---------------	---------

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GASTAUD Pierre
M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FENICHEL Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE, je vous remercie infiniment de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Merci également pour votre investissement dans la défense des femmes. Je vous adresse mes remerciements sincères et respectueux.

A Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT, je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour juger mon travail. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.

A Madame la Professeure Véronique ALUNNI, je vous suis reconnaissant d'accepter de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour votre disponibilité. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.

A Monsieur le Docteur Olivier MARCOTTE, Merci pour ton aide, tes conseils et tes remarques durant la préparation et la rédaction de cette thèse. Jongler entre ta profession de médecin généraliste, ton rôle de père de famille, celui de maître de stage et celui de directeur de thèse représente un vrai défi que tu as accompli sans faille. Merci également de m'avoir encouragé à présenter un travail de recherche qualitative, c'était un excellent conseil.

A Madame la Docteure Florence ISMAIL, tes encouragements m'ont donné la force d'avancer sur ce travail. Merci d'avoir codirigé cette thèse, de t'être rendue disponible à chaque sollicitation dans le cadre de la thèse mais aussi dans mon parcours d'interne en médecine générale. Ta bienveillance est un modèle à suivre.

A ma femme,

Estelle, ta douceur, ton humour et ta beauté me comblent tous les jours de ma vie. Tu es ma force et tu me pousses chaque jour à être un meilleur homme. Merci pour ton investissement dans cette thèse, pour les conseils que tu m'as donnés et pour les heures de relecture à se chamailler sur les tournures de phrase. Merci également de m'avoir supporté durant toute la rédaction de la thèse. Je t'aime.

A mes parents,

Au cours de ces longues années d'études, votre soutien indéfectible aura rendu tout cela possible. Merci pour les valeurs que vous m'avez inculquées, grâce à votre éducation votre fils devient docteur en médecine. J'espère qu'aujourd'hui vous êtes fiers comme moi je le suis de vous avoir pour parents.

A mes grands-parents,

Mémé, aujourd'hui tu es la seule à me voir devenir docteur, mais je sais que Marcel, Jean et Madeleine auraient été fiers de moi. Merci pour les magnifiques modèles qui vous êtes et pour avoir rempli mon enfance de merveilleux souvenirs. Je vous aime.

A Josiane et Jean-Claude,

Peu de personnes peuvent se targuer d'avoir eu une relation aussi privilégiée avec leur oncle et tante, vous m'avez toujours choyé et soyez sûrs que vous avez participé pour beaucoup à ma très belle enfance. Je vous aime.

A Christophe et Jessica,

Mon frère et ma nièce, continuez tous deux à être deux beaux exemples d'humains accomplis. Merci également à Raja.

A ma famille, Lynda, Philippe, Livio, Matteo, Claude, Martine, Pierrot, Brigitte, Thomas, Pauline, Laurette, Marion, Olivier, Lylia, Pablo, les Texiers, vous êtes une famille en or, je ne vous échangerais contre rien au monde.

A Elisabeth,

Belle-maman, merci pour ton soutien et ton affection depuis maintenant de longues années. On ne choisit pas sa famille mais avec toi je suis bien tombé ! Je fais partie des rares personnes à ne jamais se plaindre de leur belle-mère c'est quand même plutôt bon signe !

A Dani, Greg, Florette et Théodore,

Merci de m'avoir toujours fait sentir comme faisant partie de la famille et ce depuis nos premières rencontres il y a bien longtemps maintenant. Flore merci de me prêter ta marraine et de la laisser vivre avec moi ! Théo, je sais que ton Peiffer préféré reste Oggy mais je t'aime quand même !

A Lulu, Kevin, Nathan et Elena,

La super famille, continuez à vous épanouir en famille vous faites un bel exemple de vie réussie.

A Nico,

Tu es le meilleur ami que l'on puisse souhaiter, prévenant et présent tu es un roc sur lequel on peut s'appuyer. Merci de t'être intéressé à ma thèse toi qui travailles dans un domaine très éloigné de tout ça...ou merci d'avoir fait semblant ! Charlaïne, quel bonheur de t'avoir à Nice, réussis ton concours et reviens nous vite !

A Thibault,

Mon frérot, Les Thib² n'ont pas dit leur dernier mot ! Tu fais partie de la famille que je me suis choisie, je suis heureux que tu me voies devenir docteur et clôturer ainsi les études qui nous ont fait nous rencontrer il y a 10 ans maintenant, enfin si jamais une sieste impromptue ne t'a pas fait rater la présentation ! Clémence, je suis ravi de t'avoir dans la bande, vous êtes magnifiques tous les deux.

A Julot,

Jules, Roulio, mon pote tu es à mes côtés pour toutes les étapes importantes de ma vie, la P1, les études médicales, les ECN, l'internat, témoin à mon mariage et maintenant à mes côtés pour la présentation de ma thèse. Merci d'être là dans les moments importants mais surtout merci d'être là dans tous les moments sans importance qui font le sel de la vie, enfin quand tu finis par arriver avec 2h de retard ! Juliana merci d'être là, de rentre mon ami heureux et d'avoir fait ta place comme membre à part entière de la team !

A Djéjou,

Merci mon frère pour toutes ces années d'amitié et de temps passer à chiller. Que nous soyons à 100m ou à 350km l'un de l'autre, rien ne ternit le lien qui nous unit. J'ai la certitude absolue qu'il en sera de même dans 50 ans, sauf si je mange ta pitance alors là je ne réponds plus de rien !

A Nath,

Mon petit alpaga ! La chaleur de ton amitié n'a d'égale que la douceur de ton pelage frisé.
De tous les animaux étranges qui peuplent cette belle planète, tu es mon préféré.
Bon j'ai assez poncé cette vanne, mais en même temps poncer les vannes ça nous ressemble bien.

A Léa, Romain et Julien,

Des airs de jeu en tartan de l'école maternelle jusqu'à aujourd'hui le lien qui nous unit ne s'est jamais rompu. Vous êtes mes premiers amis, nous avons grandi ensemble et vous avoir à mes côtés pour ce grand jour compte beaucoup pour moi.

A Luigi,

Muuuuuuuuuuuuuuuuuu ! J'avais dit que je ne rajouterai rien, mais tu es un de mes meilleurs amis et cela mérite d'être écrit ici.

A Agathe,

Cela fait bien longtemps que tu as dépassé le stade de petite-copine d'un de mes meilleurs amis pour devenir une de mes amies les plus chères. Merci d'être présente dans ma vie.

A Dorian,

Des batailles de papier mâché en P1 aux soirées post sous colles en D4 tu as été un ami indéfectible avec lequel je continue de partager les moments de bonheur. Plus de 10 ans que ça dure et on va remettre le couvert pour les 10 prochaines.

A David,

Mon casse-cou préféré ! Que tu sautes de 5m dans 50cm de fond pour récupérer ton portable, que tu montes une 7a en tête ou que tu lances un back sur les pistes tu vis ta vie à son maximum. Ne change jamais mais porte bien ton casque on a assez de travail aux urgences ! Chloé prend bien soin de lui.

A Pierre, Lilian et Ben,

Vous auriez mérité votre paragraphe chacun mais il faut économiser du papier pour sauver la forêt amazonienne et ses fourmis (les enseignements bouddhistes de Lilian résonnent en moi). Merci les rhos pour les incalculables heures de chill en votre compagnie et merci de me soutenir dans mon addiction au rap belge.

A Stephen,

Depuis les soirées sur mon toit/terrasse jusqu'à aujourd'hui on en a parcouru du chemin mon pote. Je suis fier de l'homme que tu es devenu, je suis également heureux que tu aies troqué les barrettes pour les tatouages.

A Hugo,

Je te dis ici à quel point je suis fier de ton parcours. Tu t'épanouies dans ton métier qui te passionne, c'est beau à voir. Quel courage de braver ton asthme et ton eczéma pour enseigner ton amour de la littérature ! Anna you're the greatest and you make Hugo a better man keep going strong !

A Stéphane,

J'admire la façon dont tu as toujours mené ta barque, cap sur la réussite ! Tu es un ami en or, tu as fait seulement deux erreurs dans la vie et tu sais lesquelles : te lisser les cheveux et mettre des cols en V plongeant ! Merci Inès, vous formez un très beau couple.

A Madd, Mick et Jean-Ba,

Comment ne pas penser à vous en ce moment important. Nous avons vécu toutes nos études ensembles et que vous soyez à Nancy ou à Maillote notre amitié persiste.

A Pauline et Hugo,

Les tourangeaux les plus niçois qui soient ! En quelques années depuis le début de l'internat vous vous êtes taillés une place de choix dans mon cœur. Vous pourrez toujours compter sur moi pour vous aider à retrouver votre chemin à 7h du mat'.

A Leslie,

Tu fais partie de ces amis rares sur lesquels on sait que l'on pourra toujours compter.

A Pauline et Pierre,

9 ans après avoir partagé le début de nos grandes histoires d'amour respectives, vous êtes toujours là pour nous. Vous êtes désormais les parents de Nathanaël que j'ai tant hâte de rencontrer.

A Apo,

Merci d'être un amie fidèle et de nous soutenir depuis si longtemps maintenant.

A Arnaud,

Quelles que soient les épreuves de la vie, notre amitié persistera.

A Doudou, By, Val, Victoria, Barbara, Sylvain, Eric, Gautier, Audrey, Manu, FX et tous les autres que forcément j'oublie vous êtes des amis incroyables, merci pour tous les moments partagés.

A Oggy,

Tu ne sais pas lire car tu es un chien, mais merci d'être un bon toutou. Tu m'as tenu compagnie durant la rédaction de cette thèse n'hésitant pas à insérer tes commentaires en marchant sur le clavier. Merci pour ton aidjofkùo.

Table des matières :

Liste des	
abréviations.....	15
Introduction.....	16
Matériel et méthode.....	18
1. Participants.....	18
2. Modalités de réalisation du dépistage	18
2.1. Phase d'expérimentation	18
2.2. Phase de recueil des données	19
2.3. Méthodologie qualitative.....	20
2.4. Analyse des données.....	20
Résultats.....	21
1. Description de l'échantillon	21
2. Axes de l'analyse.....	22
2.1. Perception du dépistage des violences faites aux femmes.....	22
2.1.1. Avant la phase d'expérimentation.....	22
2.1.1.1. Rôle du médecin.....	22
2.1.1.2. Impact des médias.....	22
2.1.1.3. Un sujet tabou et difficile à aborder en consultation.....	23
2.1.1.4. Une pratique non intégrée dans les habitudes des médecins	23
2.1.2. Après la phase d'expérimentation.....	23
2.1.2.1. Une initiative bien perçue des patientes et valorisée par celles-ci....	23
2.1.2.2. Amélioration de la relation médecin-patiente.....	24
2.1.2.3. Simplicité de mise en œuvre du dépistage.....	24
2.1.2.4. Réaliser l'utilité du dépistage.....	24
2.2. Méconnaissance du sujet	25
2.2.1. Les médecins ne se sentent pas sensibilisés aux violences faites aux femmes.	25
2.2.2. Manque de formation.....	25
2.2.3. Connaissances erronées sur le sujet.....	25
2.2.4. Persister dans le dépistage ciblé ou secondaire.....	25
2.2.5. Incertitude sur la prise en charge	26
2.2.6. La fausse problématique du temps.....	27

2.3. Le score HITS.....	27
2.3.1. Qualités du score HITS.....	27
2.3.1.1. Un score bien accepté des patientes.....	27
2.3.1.2. Un score facile et rapide à utiliser.....	27
2.3.1.3. Dépistage des violences non physiques.....	28
2.3.1.4. Favorise l'initiation du dépistage.....	28
2.3.1.5. Formalise la transmission des données	28
2.3.1.6. Recherche d'un cadre.....	28
2.3.2. Limites du score HITS.....	29
2.3.2.1. Un score restrictif.....	29
2.3.2.2. Chronophage.....	29
2.3.2.3. Un score trop formel.....	29
2.3.2.4. L'absence de questionnement sur les violences sexuelles.....	29
2.3.2.4. Confusion entre la question 2 et 4	30
2.3.3. Score verbal ou écrit.....	30
Discussion	31
1. Le rôle clef de la formation.....	31
2. La place de l'expérience.....	32
3. Le score HITS.....	33
4. Forces et limites de l'étude.....	35
Conclusion.....	36
Bibliographie.....	37
Annexes.....	39
Résumé.....	44

Liste des abréviations

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

CVS : enquête cadre de vie et sécurité

OMS : Organisation mondiale de la santé

HAS : Haute autorité de santé

AAS : Abuse Assessment Screen

HITS : the Hurt, Insult, Threaten, Scream survey

CG : Cabinet de Groupe

CIDFF : Centre d'Information du Droit des Femmes et de Familles

GTM : Grounded Theory Method

Introduction

En 2018 en France,

ont été victimes de violences au sein de leur foyer selon l'enquête cadre de vie et sécurité (CVS) conduite par l'Insee.(1) Selon le dernier rapport de l'association « collectif des féminicides par compagnon ou ex » on dénombre 124 féminicides depuis le début de l'année 2019. Le féminicide est un terme désignant le meurtre d'une ou de plusieurs femmes ou filles en raison de leur condition féminine. Les conséquences des violences sur la santé sont immédiates, à moyen et long-terme, et portent sur toutes les dimensions : physique, psychologique, reproductive, périnatale et autres.(2)

Le cadre des violences conjugales ne se limite pas uniquement aux violences physiques, elles englobent les violences sexuelles (viol, attouchement sexuel, mutilations, etc.) et les violences psychologiques (insultes, rabaissement constant, peur, emprise psychologique, etc.). Ces différents types de violences expliquent le caractère multiple et polymorphe des problèmes de santé dus aux violences conjugales. Les lésions traumatiques sont les plus évidentes et les plus communes présentes chez 33% des victimes en France avec des conséquences temporaires pour 87% des victimes, définitives chez 5% d'entre-elles et invalidantes chez 1.4%. Elles sont responsables de soins douloureux pour les victimes, parfois longs et coûteux, mais elles ne sont pas les seules conséquences des violences faites aux femmes.(3) On retrouve tout un cortège de troubles psychologiques pouvant s'exprimer à très long terme (anxiété, dépression, troubles psychosomatiques, du sommeil, de l'alimentation, cognitifs, syndromes post-traumatiques, risque plus élevé de dépression du postpartum, tentatives de suicide, etc.). (1,3,4) Les troubles gynécologiques et obstétricaux sont multipliés par 3 : lésions, infections, hémorragies vaginales, maladies sexuellement transmissibles, lésions traumatiques abdominales et mammaires, ruptures utérines, décollements rétro-placentaires, fausses couches, etc. On retrouve également des troubles chez l'enfant à naître ou à la naissance.(1-3,5,6) La littérature mentionne aussi une aggravation des pathologies chroniques préexistantes : victime empêchée de consulter ou de suivre son traitement, difficultés d'observance (trouble de la concentration, fatigue, angoisse, etc.).(3)

Au total les victimes de violences conjugales auraient globalement 60% de problèmes de santé en plus que la population générale.(7)

Les violences subies par les femmes sont reconnues comme l'un des déterminants majeurs influant sur leur santé (OMS).(8,9) Cela en fait un enjeu sanitaire majeur.

Les médecins généralistes sont qualifiés pour procurer des soins primaires complets à des patients de tout âge au sein de leur communauté. Ils procurent leurs soins aux populations fragiles incluant les femmes victimes de violences.

Le dépistage systématique des violences faites aux femmes a prouvé son efficacité.(10) Il a aussi été démontré que les médecins généralistes se sentent concernés par cette problématique et qu'ils considèrent qu'ils ont un rôle à jouer dans le dépistage des violences conjugales.(11,12) La littérature démontre également que malgré leur volonté de dépister ces violences et d'apporter leur aide aux victimes, les médecins généralistes se sentent insuffisamment formés et compétents en la matière.(12-14)

Plusieurs études évaluant les victimes de violences conjugales ont montré qu'une majorité d'entre elles (70-81% des femmes) souhaiteraient que leur médecin généraliste réalise un dépistage de ces violences.(15,16)

Plusieurs freins potentiels au dépistage au cabinet de médecine générale ont été identifiés comme un manque de connaissance en la matière, l'absence d'entraînement à gérer ces situations, les contraintes de temps et l'inconfort général vis-à-vis de ce sujet qui reste tabou.(14,17–22)

Parmi les outils de dépistage courts développés et validés afin d'encourager les médecins à pratiquer ce dépistage on retrouve le WAST (Woman Abuse Screening Tool) comportant 7 questions uniquement validées sous forme écrite.(4,23) Il existe également le Abuse Assessment Screen AAS qui comporte 7 questions écrites et 3 orales rendant sa réalisation complexe et sources d'erreurs par les médecins.(4,24,25) C'est pourquoi notre choix s'est porté sur le questionnaire HITS (the Hurt, Insult, Threaten, Scream survey) qui permet un dépistage sous forme écrite ou orale identique, facilement réalisable durant ou au décours d'une consultation de médecin générale. Il est validé également dans plusieurs langues en faisant un outil particulièrement intéressant pour le dépistage des violences en médecine générale.(26,27)

Malgré le gain de visibilité du sujet ces dernières années dans les médias internationaux et français, ainsi que des nombreuses publications validant l'efficacité du dépistage des violences, peu d'éléments sont en faveur d'une augmentation de ce dépistage par les médecins généralistes.(10) A notre connaissance aucune statistique sur le dépistage par les médecins généralistes des violences faites aux femmes en France n'existe. Au Royaume-Uni 40% des médecins généralistes n'ont jamais proposé de dépistage des violences.(12)

Le choix d'une méthode de recherche qualitative pour cette étude est basé sur le constat précédent : le dépistage des violences faites aux femmes fonctionne, apporte une amélioration de la prise en charge des victimes et est considéré comme important par les médecins généralistes, pourtant sa réalisation n'est pas rentrée dans la pratique courante. L'approche qualitative permet d'étudier quels sont les freins et les facilitateurs au dépistage, afin d'explorer et de comprendre ce décalage. L'emploi d'un score diagnostic (HITS) sert autant à formaliser le mode de dépistage, en utilisant une technique validée qu'à tenter d'apporter un début de solution aux difficultés de mise en place de ce dépistage chez les médecins généralistes en leur procurant un cadre facilitant sa réalisation.

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement. Cette approche est utilisée depuis quelques années dans la recherche en médecine générale. Elle est parfois définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. En réalité il n'y a pas opposition mais complémentarité entre les deux, car elles n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance.

La recherche qualitative s'intéresse à ce que la recherche quantitative a du mal à étudier car non quantifiable. Elle s'attarde plutôt sur le « Comment ? » s'intéressant aux déterminants des comportements tandis que la démarche quantitative s'intéresse plutôt aux liens de causalité statistiques.

Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure ».

Le postulat de l'étude est d'observer l'impact sur la pratique des médecins généralistes de l'emploi d'un outil diagnostic (le score HITS) lors du dépistage des violences faites aux femmes.

Matériels et méthodes

1. Participants

Les sujets de l'étude sont les médecins et non leurs patientes, nous avons donc recruté par *snowball sampling* ("effet boule de neige") des médecins généralistes thésés volontaires, pratiquant dans les Alpes maritimes (06) et le Var (83).

Aucun critère d'exclusion ou de non inclusion n'a été formalisé puisque le dépistage des violences faites aux femmes concerne tous les médecins généralistes quelle que soit leur pratique.(2)

2. Modalités de réalisation du dépistage

2.1.Phase d'expérimentation

Un premier entretien téléphonique a été réalisé auprès de chaque médecin participant afin d'expliquer les modalités et déroulement de l'étude. Il leur a donc été demandé de réaliser de façon systématique le dépistage des violences faites aux femmes à l'aide du Score Diagnostic HITS (ici dans sa version traduite en français). Celui-ci devait concerner tout type de patientes, de tout âge, de tout milieu social et pour n'importe quel motif de consultation. En effet comme le rappellent les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) : « toutes les femmes, quel que soit leur statut socio-économique, leur âge, leur orientation sexuelle, leur origine culturelle, leur état de santé, leur handicap peuvent être concernées » (2). Les patientes mineures n'ont pas été concernées car leur prise en charge est spécifique et mériterait une étude à part entière. De même, les hommes victimes de violences n'ont pas été incorporés dans l'étude, le score HITS n'étant pas validé pour le dépistage des violences faites aux hommes.

Le score pouvait être fait de façon orale ou écrite, à la discrétion du participant, afin d'évaluer l'impact de sa méthode de réalisation sur le vécu des médecins participants et sur les motivations de leur choix.

Le dépistage devait obligatoirement être après la conclusion et avant la fin de la consultation qui constitue souvent un moment de flottement. D'une part le médecin a alors le temps nécessaire à la réalisation du score ; d'autre part il a alors généralement répondu au motif de consultation de la patiente et ils sont alors tous deux dans de bonnes conditions pour accepter de participer à l'étude. Cela avait plusieurs objectifs : le premier étant de protocoliser le recueil pour obtenir une expérience homogène et le deuxième objectif étant de maximiser la réalisation systématique du score HITS.

Avant le début de la phase d'expérimentation, deux documents ont été remis aux médecins généralistes participants :

- Le premier consistait en une fiche de recueil sur laquelle étaient notés les initiales et l'âge de la patiente, afin de préserver son anonymat, le score HITS, ainsi que 4 questions succinctes auxquelles le médecin généraliste pouvait répondre en quelques mots (Figure 2).
Le but de la fiche de recueil était double, premièrement il permettait de présenter le score HITS pour que le participant puisse l'imprimer et l'avoir à disposition pour maximiser la participation à l'étude et d'autre part les 4 questions permettaient au participant de fixer ses émotions et celles de la patiente à l'écrit pour lui servir de memento au moment de l'entretien. Il est important de préciser que l'étude concernant uniquement les médecins généralistes et non pas leurs patientes, ces fiches de recueil n'ont pas été soumises à une analyse, n'ont pas été récupérées par l'auteur et avaient pour unique but de servir d'appui aux médecins participants.

Figure 1. Le score HITS.

HITS Outil de dépistage des violences conjugales :					
S'il vous plaît, lisez chacune des activités suivantes et remplissez le cercle qui indique le mieux la fréquence à laquelle votre partenaire agit de la manière décrite.					
A quelle fréquence votre partenaire ?	Jamais	rarement	parfois	assez souvent	souvent
1.Vous blesse physiquement	☐	☐	☐	☐	☐
2.Vous insulte ou vous rabaisse	☐	☐	☐	☐	☐
3.Menace de vous faire du mal	☐	☐	☐	☐	☐
4.Vous crie dessus ou vous insulte	☐	☐	☐	☐	☐

Figure 2. Questions de la fiche de recueil.

Résultats du test : _____

Réactions de la patiente face au questionnaire : _____

Découverte de violences passées ou présentes de quels types ? _____

Cela entraine-t-il une prise en charge spécifique, de quel type ? _____

- Le deuxième document comprenait un guide pratique sur les mesures de prise en charge suite à la découverte de violences actives. (Annexe1)

2.2.Phase de recueil des données

Afin de se familiariser avec le dépistage des violences et du test HITS, la réalisation d'au moins 30 scores ou d'un mois de phase d'expérimentation semblaient nécessaires. A la suite de cela, des entretiens semi-dirigés ont été conduits. Pour leur bonne conduite, un guide d'entretien a été au préalable rédigé et testé sur un médecin dont les données n'ont pas été analysées pour l'étude. Ce guide d'entretien a été amené à évoluer au fil des entretiens successifs. La recherche qualitative impose une organisation parallèle de la recherche, en opposition à une organisation séquentielle en recherche quantitative (cf chapitre 2.3). Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés au calme dans un environnement de confiance, souvent dans le bureau du médecin interviewé. Ils consistaient en une série de questions ouvertes visant à développer avec les participants les différentes parties de la thématique abordée : les violences faites aux femmes, leur perception par le médecin, par ses

patientes, l'emploi du score HITS, la place du dépistage dans sa pratique, la question des violences sexuelles, etc. Des questions de relances étaient improvisées par l'auteur afin de pousser le participant à développer les sujets abordés, compléter son discours ou ouvrir sur de nouvelles idées. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ils ont ensuite été anonymisés puis leurs verbatims exacts ont été retranscrits à l'écrit sous la forme d'un document Word® pour analyse. Toute la retranscription a été assurée par l'auteur par souci de véracité, afin de coller au message du médecin interviewé. La retranscription n'est pas un phénomène passif mais constitue la première étape de l'analyse d'où sa réalisation en intégralité par l'auteur.

Selon la méthodologie qualitative, le recueil des entretiens a été stoppé quand l'auteur a atteint une saturation des données concernant le sujet étudié.

2.3.Méthodologie qualitative

Une méthodologie qualitative a été choisie car c'est la méthodologie la plus adaptée pour répondre à la problématique posée. Les données quantitatives sur l'efficacité du dépistage des violences faites aux femmes sont nombreuses. Cependant malgré les différentes recommandations, ce dépistage reste insuffisant. Les causes qui pourraient l'expliquer appartiennent au domaine du vécu, la recherche qualitative explore le mieux le point de vue subjectif humain des médecins.

Afin de répondre à cette question, la « Grounded Theory Method » (méthode des théories enracinées) a été employée dans cette étude car elle s'appuie sur le matériel empirique (ici le vécu des médecins recueilli au cours des entretiens) pour développer de nouvelles théories émergeant de l'analyse de ce matériel afin de répondre au questionnement initial.

Un journal de bord a été tenu tout au long de la recherche où l'auteur a consigné les comptes rendus d'entretien, de codage ouvert, de codage axial ainsi que les comptes rendus théoriques et opérationnels nécessaires à une analyse respectant la démarche de la GTM (Grounded Theory Method).

La recherche a suivi une organisation parallèle en opposition à l'organisation séquentielle de la recherche quantitative. En effet, l'analyse du matériel empirique a débuté dès le début du recueil des données afin d'influer sur la conduite des entretiens en modifiant le contenu du guide et permettre l'émergence de nouvelles données empiriques au cours des entretiens successifs qui par la suite ont permis l'apparition des théories ancrées.(28,29)

2.4.Analyse des données

Pour l'analyse des entretiens, le logiciel de référence d'analyse qualitative NVIVO12® a été utilisé. Lui a précédé un temps préparatoire analogique avant incorporation des entretiens semi-dirigés au logiciel, rédaction des étiquettes et l'établissement des nodes (nœuds) nécessaires à la bonne conduite de l'analyse en trois temps du matériel empirique par codage ouvert, axial et sélectif.

Par la suite une vérification du codage a été effectuée par un tiers pour vérifier sa validité.

Les résultats et théories développées dans « résultats » et « discussion » ont été soumis à l'avis d'un médecin expert en violences faites aux femmes.

Résultats

1. Description de l'échantillon

25 médecins ont été contactés. Sur les 25, 18 ont répondu. Les 7 médecins restants n'ont pas répondu malgré plusieurs relances téléphoniques et par emails.

Sur les 18 ayant répondu, les causes de refus de participation à l'étude ont été pour 4 le manque de temps, pour 3 car le sujet les gênait ou qu'ils étaient mal à l'aise à l'idée de l'aborder avec leur patientèle, et pour 1 un départ de son cabinet avec changement de pratique. Au total, 9 médecins ont été inclus. Les données du premier entretien n'ont pas été analysées, ayant servi de test au guide d'entretien pour évaluer sa pertinence (cf chapitre 2.2 de « matériel et méthode »).

Sur les 9 médecins inclus, 4 étaient installés en cabinet en zone urbaine, 1 était installé en cabinet en zone rurale, 2 effectuaient des remplacements fixes en zone urbaines et 1 avaient une pratique mixte entre cabinet et gardes de permanence de soins. L'échantillon comportait 3 femmes et 5 hommes ; la moyenne d'âge était de 36.5 ans (tableau 1).

Les entretiens ont tous été effectués au cabinet du médecin sauf 2 qui ont été réalisés au calme au domicile du médecin pour convenance personnelle.

Tableau 1. Caractéristiques des médecins interrogés.

Numérotation	Sexe	Age	Mode d'activité	Lieu d'activité	Mode d'installation	Durée d'installation	Type de dépistage	Formation au dépistage
Médecin 1	M	33	Installé et gardes de permanence de soins	Urbain	Seul	4 ans	aucun	aucune
Médecin 2	M	30	Remplacements	Urbain	CG	0	aucun	aucune
Médecin 3	F	31	Installée	rurale	CG	2 ans	aucun	aucune
Médecin 4	M	54	Installé	Urbain	CG	23 ans	ciblé	aucune
Médecin 5	F	40	Installée	Urbain	Maison de santé	10 ans	systematisé	Formation spécifique
Médecin 6	F	30	installée	Urbain	Seule	1 an	ciblé	aucune
Médecin 7	M	40	Installé	Urbain	Maison de santé	10 ans	systematisé	Formation spécifique
Médecin 8	M	34	Remplacements	urbain	CG	0	aucun	aucune

Concernant le dépistage des violences faites en femmes, 2 des médecins participant à l'étude réalisaient déjà un dépistage primaire des violences faites aux femmes sous la forme d'une question systématique juste après avoir demandé les antécédents de la patiente dans le cadre des premières consultations : Médecin 5 (M5) : « Avez-vous déjà subi des violences au cours de votre vie qu'elles soient dans votre enfance, dans votre couple ou au travail ? ». Ils avaient bénéficié d'une formation spécifique auprès du Centre d'Information du Droit des Femmes et de Familles (CIDFF) de leur propre initiative.

2 médecins pratiquaient un dépistage ciblé devant des signes cliniques ou des éléments de l'interrogatoire leur évoquant des potentielles violences (M6) : « Honnêtement je ne faisais pas de dépistage, sauf si la personne m'en parlait directement ou que j'avais au niveau des examens

cliniques avec des hématomes, etc. alors là je posais la question. Sinon je ne réalisais pas de dépistage systématique »

4 médecins ne pratiquaient aucune forme de dépistage avant la phase d'expérimentation avec le score HITS. (M1) « je ne connaissais pas du tout, je ne savais même pas que cela existait, c'était complètement opaque pour moi. ».

Au total 8 entretiens d'une durée allant de 24 à 42 min pour une moyenne de 31.2 minutes ont été recueillis et retranscrits.

2. Les axes d'analyse

3 axes d'analyse ont été retrouvés parmi les résultats :

2.1. Perception du dépistage des violences faites aux femmes

Les violences faites aux femmes ne sont pas un sujet anodin, sujet très longtemps passé sous silence, la parole se libère enfin et nous assistons à une véritable époque de prise de conscience dans la société de l'importance et de la complexité de cette thématique. Les entretiens menés avec les participants ont fourni des éléments permettant d'évaluer la place que considère avoir le médecin dans le prise en charge des violences faites aux femmes.

2.1.1. Avant la phase d'expérimentation

Il est intéressant de s'attarder sur la perception du dépistage avant la phase d'expérimentation car cela nous permet de comprendre l'état d'esprit des médecins généralistes face au sujet des violences faites aux femmes.

2.1.1.1. Rôle du médecin

Ici les médecins participants ont été unanimes, le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes font partie de leur devoir de médecin généraliste. Que ce soit le dépistage à proprement parlé (comme ici avec cet exemple tiré de l'entretien du médecin 2 (M2): « le médecin généraliste est là pour le dépistage de tout, de la pédiatrie aux personnes âgées, donc oui le dépistage des violences conjugales est de notre ressort ») ou la prise en charge au décours du dépistage, il est clair que les médecins se sentent concernés par cette thématique. Certains médecins ont même élargi cette responsabilité à l'ensemble de la profession médicale avec en particulier un accent sur les gynécologues, acteurs phares de la santé des femmes. La faible réalisation de ce dépistage par les médecins généralistes démontre bien la problématique en jeu, les médecins se sentent concernés mais pour autant n'effectuent pas ce dépistage.

2.1.1.2. Impact des médias

Les violences faites aux femmes ne sont plus un sujet passé sous silence. Il est même un sujet de première importance dans les médias avec l'émergence des mouvements comme le mouvement #MeToo, les campagnes actuelles visant à dénoncer les féminicides par exemple qui ne cessent de sensibiliser l'opinion publique à ce réel problème de santé publique. Les participants à l'étude ont évoqué l'impact des médias tant sur eux, que sur leurs patientes. (M2) « il y avait le contexte de la femme retrouvée morte à Cagnes sur mer et il y avait d'ailleurs une manifestation en soutien. On en parlait à la télévision donc ça a encore plus sensibilisé les patientes. ». La médiatisation positive du sujet a permis aux médecins de réaliser l'ampleur du problème et leur donner de nombreux exemples de l'impact que les violences ont sur la santé de

leurs patientes. Par ailleurs, la médiatisation a aussi eu pour effet de sensibiliser les patientes et de favoriser une bonne acceptation du dépistage par celles-ci.

2.1.1.3. Un sujet tabou et difficile à aborder en consultation

Les médecins participants ont tous fait part du caractère tabou concernant tout ce qui touche aux violences faites aux femmes. Le choix du mot tabou n'est pas anodin, la violence faite aux femmes touche les sphères de la pudeur et de l'intimité. Les médecins craignent de provoquer gêne et malaise ou d'entrer dans l'intimité de leurs patientes en abordant ce sujet. (M8) « Le frein c'est la difficulté à en parler pour les patientes comme pour nous. C'est un sujet sensible pour nous aussi. » (M1) « Il y a toujours cette gêne de la part des patientes d'aborder le sujet et par miroir il y a une gêne de devoir leur en parler et peut-être d'en parler à tort, j'ai peur de les vexer. » Il est clair dans les extraits présentés que le médecin anticipe une éventuelle gêne de la patiente qui l'inhibe et le dissuade d'aborder le sujet. Cette gêne des patientes n'est pas qu'une représentation des médecins : (M2) « Une patiente qui à l'époque avait eu du mal à en parler, a dit qu'elle aurait pu en parler à son médecin mais qu'elle le connaissait bien et qu'elle avait eu honte. » Il est admis que dans le cadre de violences conjugales, les victimes peuvent présenter un sentiment de culpabilité, se sentant responsable de ce qui leur arrive ou se sentir honteuse d'être victime de violences (2). Ces sentiments de honte ou de culpabilité ne doivent pas être perçus comme des freins au dépistage mais justifient au contraire la réalisation d'un dépistage primaire systématique des violences faites aux femmes, car bien souvent elles ne peuvent tout simplement pas aborder le sujet d'elles-mêmes. La bonne perception du dépistage par les patientes (cf chapitre 2.1.2.1) indique que même si le caractère tabou des violences faites aux femmes est bien réel, son dépistage n'est en aucun cas mal perçu par les patientes.

2.1.1.4. Une pratique non intégrée dans les habitudes des médecins

La pratique de la médecine générale est très vaste couvrant tous les secteurs de la santé des patients. Pour ne rien omettre de la multitude des missions dont les médecins généralistes sont garants, ils y sont conditionnés dès leur formation en tant qu'externe puis interne en médecine générale. Ainsi les participants à l'étude ont décrit leurs réflexes concernant le calendrier vaccinal, les dépistages des différents cancers, le dépistage des addictions comme faisant parties de leurs habitudes, au contraire du dépistage des violences faites aux femmes. (M4) « Nous avons l'habitude d'utiliser tout ce qu'on sait faire depuis des années, proposer des dépistages des cancers du sein, du colon, les vaccins, les dépistages des patients chroniques (diabète, tension) donc c'est vrai qu'on est dans un certain formatage et que par exemple dans mon cas si je n'ai pas un outil de dépistage des violences qui est ouvert sur le bureau informatique, je pense que je vais oublier ». La formation permet de forger des habitudes, mais pour adhérer à cette habitude il faut être convaincu de son bienfondé, ce passage de l'entretien de (M7) apporte un élément de réponse : « Pourquoi on demande systématiquement à un patient s'il fume, on le fait parce qu'on sait qu'il va y avoir un intérêt pour la prise en charge du patient, et bien là c'est pareil, la prise en charge des patientes va en être modifiée ».

2.1.2. Après la phase d'expérimentation :

La phase d'expérimentation a changé le point de vue de l'ensemble des médecins concernant le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes. Dans cette section sont présentés les principaux thèmes évoqués par les médecins participants.

2.1.2.1. Une initiative bien perçue des patientes et valorisée par celles-ci :

Contrairement à ce que pensait la majorité des participants à l'étude avant la phase d'expérimentation, le dépistage des violences a été bien perçu par toutes les patientes qui y ont été soumises. Cela a permis aux médecins de modifier leur point de vue concernant la difficulté à aborder le sujet des violences faites aux femmes avec leurs patientes. L'impact des médias sur la perception de la thématique est important, son caractère tabou, même s'il persiste, est moindre. Ce changement de perception de la société en général a permis aux médecins participants d'opérer le dépistage dans de bonnes conditions. Les femmes désormais coutumières de cette thématique ont accueilli le dépistage avec bienveillance et intérêt. Certaines ont même verbalisé leur contentement quant à la prise en charge par leur médecin de cette dimension de la santé des femmes. (M2) « Notre rôle de médecin traitant en tant que dépisteur je me suis dit que si elles l'ont bien accueilli et ont trouvé ça utile c'est que ça doit être le cas. ». Ce bon accueil du dépistage des violences faites aux femmes est un bon facilitateur du dépistage et a motivé les médecins à poursuivre sa pratique.

2.1.2.2. Amélioration de la relation médecin-patiente

Les participants à l'étude ont témoigné d'un bénéfice secondaire inattendu du dépistage, plusieurs d'entre eux ont noté une amélioration dans la relation avec les patientes ayant réalisé le test. (M3) « même des patientes avec qui j'avais un relationnel plutôt médiocre, sont devenues très souriantes après. Cela a renforcé la relation que nous avions ». Les patientes semblent avoir apprécié que le médecin s'intéresse à ce sujet féministe et d'actualité. De plus, cela crée un espace de confiance entre la patiente et le médecin, elle sait désormais qu'elle peut aborder avec lui ce genre de sujet. Pour les patientes avec un historique de violences, pouvoir en parler à son médecin permet au médecin d'en savoir plus sur l'histoire de sa patiente, pouvant ainsi expliquer des symptômes et pathologies jusque-là inexpliqués. Pour le médecin généraliste et la patiente partager ce moment d'intimité aura été bénéfique dans de nombreux cas relatés par les participants à l'étude.

2.1.2.3. Simplicité de mise en œuvre du dépistage

Les différents médecins ont tous témoigné de la simplicité de mise en œuvre du dépistage des violences faites aux femmes. (M1) « : Je trouve qu'en fait c'est simple à mettre en œuvre, on peut dépister quelques violences et ça sera décisif sur ces femmes. C'est beaucoup plus simple que je ne le pensais. » En dehors des médecins 5 et 7 pratiquant déjà un dépistage systématique des violences, celui-ci était vu par tous les médecins comme difficile, chronophage, abordant un sujet sensible. La réalisation de la simplicité du dépistage montre bien à quel point la thématique est méconnue et présente une image erronée dans la représentation que s'en font les médecins généralistes. La phase d'expérimentation a suffi à prouver la faisabilité du dépistage à l'ensemble des participants.

2.1.2.4. Réaliser l'utilité du dépistage :

La validité et l'utilité du dépistage des violences faites aux femmes sont scientifiquement établies malgré tout l'absence de dépistage par les médecins généralistes nous indique que son utilité dans la prise en charge de la santé des patientes est méconnue.(10,11) La réalisation d'un dépistage systématique a permis aux participants à l'étude de comprendre l'utilité d'un dépistage primaire. Certains participants ont noté l'absence de symptomatologie, l'absence de profil identifiable chez les femmes victimes de violence, ainsi que leurs difficultés à aborder le sujet par elles-mêmes. (M2) « il y a toutes les catégories d'âge, pas une seule fois j'aurais pu me dire elle va dire oui, elle, elle va dire

non, je n'ai pas trouvé ni de profil ni d'âge. Aucun schéma ne se dégageait et sans poser la question on n'aurait jamais su. »

Cette réalisation par plusieurs médecins de la nécessité d'un dépistage primaire systématique des patientes se heurte à la volonté contradictoire de ces mêmes médecins de continuer à dépister les violences faites aux femmes de façon ciblée ou dans le cadre d'un dépistage secondaire.

2.2. Méconnaissance du sujet

2.2.1. Les médecins ne se sentent pas sensibilisés aux violences faites aux femmes

Malgré une exposition toujours croissante dans les médias, les médecins participants ne se sentent pas sensibilisés. Ils vivent la situation comme spectateurs et non comme acteurs. Comme dit précédemment (cf chapitre 2.1.1.1), ils se reconnaissent pourtant comme tel et se sentent investis dans leur rôle de citoyen mais pas dans leur fonction de médecin. (M1) « Après c'est quelque chose que j'ai moi de bien inculqué dans mon éducation mais pas dans ma culture médicale ».

2.2.2. Manque de formation

Le manque de formation est le principal frein au dépistage énoncé par la totalité des médecins participants à l'étude. (M3) « C'était intéressant car c'est un sujet que l'on n'aborde pas du tout dans nos études ou en formation. C'est vraiment un sujet que l'on n'étudie pas, pour lequel on ne pense pas du tout à faire le dépistage et que l'on ne sait pas comment aborder avec les patientes. » Le manque de formation est un frein évoqué que ce soit par les jeunes médecins fraîchement diplômés (M1, M2 et M6) ou par des médecins pratiquant depuis plus de 10 ou 20 ans (M4, M5 et M7). Cela montre le peu d'évolution qu'a connu le sujet dans la formation médicale. L'enseignement du dépistage n'est pas fait alors qu'il serait primordial d'introduire son enseignement dès les premiers stages afin que les futures générations de médecin soient conditionnées à sa réalisation. L'absence de formation entraîne aussi des connaissances erronées et des idées reçues sur le sujet entraînant une prise en charge non adaptée des patientes et des erreurs de conception dans la vision du dépistage. Le manque de formation entraîne aussi une incertitude du médecin généraliste sur sa capacité à prendre en charge une patiente victimes de violences le décourageant d'effectuer un dépistage. Les deux médecins participants ayant bénéficié d'une formation sur le sujet (à leur propre demande auprès du Centre d'Information du Droit des Femmes et de Familles) ont témoigné de l'impact de la formation sur leur perception du dépistage (M7) « Cela m'a donné d'être plus au fait sur la fréquence des violences, sur l'absence de profil des victimes, qu'il fallait en parler et surtout pas avoir peur d'en parler, sur mes connaissances du réseau, à qui je peux envoyer en cas d'urgences, sur les mécanismes de violences. »

2.2.3. Connaissances erronées sur le sujet

L'absence de formation entraînait un état de connaissance incomplet chez les participants à l'étude, que cet état soit connu ou non du médecin il influait sur sa vision de la prise en charge des violences.

La fréquence des violences est sous-évaluée. (M6) « Peut être que c'est un défaut de sensibilisation de ma part qui fait que je me dis que ce n'était pas quelque chose de fréquent et que je n'avais pas forcément besoin de le faire. » (M4) « C'est vrai que j'imaginai plus fréquents des viols ou attouchements dans l'adolescence ou dans l'enfance avec un parent, que des violences conjugales. » Pour rappel 306 000 femmes ont été victimes de violences en 2018, en comparaison

aux 60 000 nouveaux cas de cancer du sein qui ont bénéficié d'un dépistage de masse auquel les médecins généralistes sont formés. (M5) : « Comme freins au dépistage j'ai retrouvé la méconnaissance de la prévalence mais là on commence de plus en plus à en parler ».

Certains participants pensaient également pouvoir dépister les violences en se basant sur des symptômes évocateurs. (M4) : « Lors d'un entretien psychologique quand une femme était en état d'anxiété ou de dépression ou avec des symptômes psychosomatiques, alors l'interrogatoire s'est orienté sur le terrain des violences conjugales. » Cette démarche est valide et a sa place dans la prise en charge mais ne peut se substituer à un dépistage primaire systématique devant le caractère complètement aspécifique et extrêmement varié des symptômes cliniques de violences.(2)

Au cours de la réalisation du dépistage certains médecins par manque d'expérience n'ont pas pu admettre que leurs patientes puissent mentir au dépistage (M8) : « concernant les patientes ayant un score négatif, je ne pense pas que cela cachait quoi que ce soit, elles en parlaient toutes librement. ». Avec la pratique du dépistage la vision du praticien change (M5) : ce n'est pas grave dans tous les cas on leur a posé la question, c'est très rare que j'ai des révélations au moment où je la pose mais je sais que j'ai établi un cadre. Parfois je le dis si je les vois hésiter je leur dis vous n'êtes pas obligée de répondre mais vous savez que vous pouvez en parler ici ».

2.2.4. Persister dans le dépistage ciblé ou secondaire

Les médecins participants à l'étude ont pour la plupart admis l'absence de profil identifiable dans les patientes victimes de violences. Cependant après la phase d'expérimentation, quand il leur est demandé comment ils envisagent la suite du dépistage des violences dans leur pratique, la majorité a répondu qu'ils pratiqueraient un dépistage ciblé ou secondaire s'ils repèrent des signes évocateurs cliniques ou à l'interrogatoire. Cela contredit leur point de vue précédent et témoigne encore une fois d'un manque de formation. Cela indique aussi une certaine réticence à pratiquer le dépistage que l'on peut attribuer à la peur de prendre en charge les violences dépistées. Quand on l'interroge sur cette problématique, le médecin 5 qui a l'habitude du dépistage systématique apporte une réponse intéressante : (M5) : « je pense que c'est vraiment un argument que je donnerai : c'est beaucoup plus facile de poser une question systématique sans attendre de contexte particulier. Je pense que c'est beaucoup plus dur de poser la question quand on s'y attend, parce que à ce moment-là cela peut être plus difficile à aborder. Alors qu'expliquer aux gens c'est une question que je pose à tout le monde c'est rapide et facile. »

2.2.5. Incertitude sur la prise en charge

Comme le dit médecin 1 : (M1) : « retrouver des violences actives au cours du dépistage cela revient à ouvrir la boîte de Pandore. » Par cette allégorie, le médecin évoque la crainte qu'il a de dépister des violences. Car dépister les violences signifie les prendre en charge, or nous avons déjà vu que les participants ne se considéraient pas formés à leur prise en charge. C'est un frein important évoqué de nombreuses fois en entretien. (M5) : « c'est comme pour tout en médecine générale quand on sait qui on peut appeler et quoi faire dans telle situation, c'est facilitant. ». Cette citation explique la nécessité de faire connaître les réseaux de prise en charge des violences. Les médecins participants (sauf les médecins 5 et 7) ne savaient pas vers qui se tourner pour la prise en charge juridique et sociale de la patiente. (M3) « Il faut nous donner des réseaux car si on dépiste des violences qu'est-ce qu'on fait ? On est un peu démuni face à cette situation et il faudrait qu'on puisse rapidement donner la main à quelqu'un de compétent qui puisse aider la patiente. »(30)

2.2.6. La fausse problématique du temps

Le manque de temps est un problème auquel sont confrontés tous les médecins généralistes. Cependant ils trouvent toujours le temps pour ce qu'ils considèrent comme important pour la santé de leurs patients.

La contrainte du temps en médecine générale est une problématique bien connue, de moins en moins de médecins pour une demande de soins toujours plus grande.(31) Les participants à l'étude ont donc tous évoqué le temps comme frein majeur à la réalisation d'un dépistage systématique des violences. (M3) « C'est vrai que dans une consultation si on n'a pas beaucoup de temps cela reste une perte de temps importante ». Néanmoins, ici le temps est un faux argument. Malgré un emploi du temps chargé, la majorité des participants ont affirmé que cela n'avait pas perturbé leur planning de consultation. De plus, les médecins prennent déjà du temps et n'hésitent pas à déborder de leur créneau de consultation pour réaliser le dépistage des cancers, vérifier le calendrier vaccinal et bien d'autres missions de santé publique. Il s'agit donc d'une priorisation des missions. L'avis de médecin 5 pratiquant déjà un dépistage systématique des violences va même à l'opposé de l'avis des autres participants : « le manque de temps pendant les consultations c'est un faux argument parce qu'en réalité cela nous fait gagner du temps sur des situations ou des symptômes que l'on ne comprend pas et pour lesquels on multiplie parfois les examens. »

2.3. Le Score HITS

2.3.1. Qualités du score HITS

Le score HITS est validé comme un outil efficace de dépistage des violences faites aux femmes. Cette partie développe les qualités et les limites du test au cours de son utilisation en médecine générale.

2.3.1.1. Un score bien accepté des patientes

Le dépistage a été bien accueilli de manière générale par les patientes et il en a été de même pour le score. (M6) : « la plupart étaient unanimes pour dire que c'était simple et important. » Un outil bien accepté des patientes est primordial pour obtenir l'adhésion des médecins généralistes. Si le score entraînait une gêne de la part des patientes il serait à coup sûr délaissé, le caractère tabou des violences étant déjà un frein majeur à la réalisation du dépistage.

Cependant il faut noter que l'intégralité des médecins a présenté le score comme réalisé dans le cadre d'une étude. Selon les participants, les patientes se soumettaient volontiers au dépistage car elles étaient satisfaites qu'une étude soit menée concernant ce sujet. Cela a pu influencer sur la bonne acceptation du score.

2.3.1.2. Un score facile et rapide à utiliser

Le score a été jugé comme facile d'utilisation par les médecins participants à l'étude. Le dépistage des violences n'étant pas une pratique établie en médecine générale. A cela s'ajoute les contraintes de temps en médecine libérale déjà abordées, qui imposent un outil facile à utiliser et rapide d'exécution. (M4) « L'outil est très simple, c'est un gros avantage. » (M2) « c'était vraiment très court, ça me prenait très peu de temps. A la fin les 4 questions on les connaît, on n'a pas besoin de les lire on les dit machinalement. »

2.3.1.3. Dépistage des violences non physiques

Lorsque le thème des violences faites aux femmes est abordé, les violences physiques viennent tout de suite à l'esprit, marquantes par leur brutalité et les marques qu'elles laissent sur le corps des victimes. Les médecins participants ont trouvé pertinent que le score aborde aussi les violences verbales et morales. (M3) : « Il y a un côté pratique car il permet de dépister des choses que les femmes ne considèrent pas comme des violences (violences verbales, insultes crues) et les médecins pas forcément non plus. »

Le score permet au médecin de dépister systématiquement les violences de différents types.

2.3.1.4. Favorise l'initiation du dépistage

Les participants à l'étude ont décrit comment le simple fait d'avoir un test sous forme papier les avait aidés à débiter le dépistage. La présence du score a servi de memento visuel et de motivation nécessaire à l'initiation du dépistage et à son intégration dans la pratique des médecins. Certains y ont même trouvé le seul intérêt du score. (M2) « Je pense qu'au final c'est surtout de poser la question, d'en parler, le score ça permet d'en parler, de le faire et de ne pas toujours repousser à plus tard. » (M5) : « En dehors de l'aspect systématique dont on vient de parler, le test n'apportait pas grand-chose pour moi. »

Certains participants expliquaient qu'il était utile pour initier le dépistage des violences mais qu'il devenait par la suite obsolète (M6) « oui au début on en a besoin sinon au début on ne pose pas les questions et on ne sait pas comment les poser. Au bout de la 10ème patiente on peut s'en affranchir mais c'est bien pour se mettre le pied à l'étrier »

Il faut aussi mentionner l'amalgame fait entre le score en lui-même et sa réalisation au sein d'une étude.

2.3.1.5. Formalise la transmission des données

Un participant a trouvé un intérêt au score dans le sens où celui-ci permet de consigner rapidement et de façon reproductible les informations concernant les violences dans le dossier médical. A l'heure où la médecine générale évolue vers un nombre sans cesse croissant de cabinets de groupe et de maisons de santé, il est intéressant de pouvoir formaliser les informations dans le dossier médical partagé. (M3) : « D'ailleurs le score permet de retranscrire les informations plus simplement par exemple en scannant la feuille. »

2.3.1.6. Recherche d'un cadre

Les participants ont trouvé que l'emploi du score HITS leur donnait un cadre pour dépister les violences. En effet, utiliser un outil les a confortés dans leur légitimité à pratiquer ce dépistage, (M1) « quand tu as un score tu as une ligne directrice, c'est plus simple tu sais ce que tu dois faire en fonction du résultat. ». Le score accompagne le médecin débutant le dépistage des violences le rassurant sur la bonne conduite de celui-ci. Les participants novices en dépistage ont pour certains apprécié le caractère formel et professionnel que dégage selon eux le score leur donnant une contenance face aux patientes.

Par ailleurs le score a été vécu comme une interface entre le médecin et sa patiente. Dans la représentation que s'en fait le médecin ce n'est pas lui qui entre dans l'intimité de sa patiente en posant la question mais le score, outil technique de dépistage, qui dépiste les violences de façon systématique avec les patientes. Cela a permis à plusieurs médecins de dépasser la gêne qu'ils

éprouvaient à réaliser le dépistage des violences. (M1) : « C'est bien de se protéger par un bouclier vertueux en disant je vous fais passer un test plutôt que de poser la question de but en blanc. Je pense que psychologiquement les patientes se focalisent plus sur le test que sur toi, c'est plus simple de se focaliser sur l'interface. »

Il faut noter que certains participants ont adhéré initialement au cadre posé par le score HITS pour ne plus en ressentir le besoin avec l'expérience du dépistage.

2.3.2. Limites du score HITS

2.3.2.1. Un score restrictif

Le score est concis et se présente sous la forme de 4 questions à réponses fermées. Certains participants ont trouvé qu'il était de ce fait restrictif et pouvait entraîner une perte d'informations car il ne permet pas aux patientes de développer comme dans le cas de questions ouvertes. (M2) : « Comme toutes les réponses sont fermées, il est limité il ne permet pas toujours d'ouvrir sur plus d'informations. » Ce point est partiellement contredit par l'exemple suivant. (M7) : « Par exemple j'ai reçu une patiente qui était victime de violences administratives et psychologiques de la part de son conjoint et qui ne se reconnaissait pas dans les items évoqués dans les questions. Mais au final on a quand même été amené à en parler après le questionnaire donc c'est que ça a ouvert un champ de discussion. » Même s'il pose des questions fermées, le score permet l'ouverture d'un espace de discussion concernant les violences.

2.3.2.2. Chronophage

Les médecins participants ont été unanimes sur la rapidité de réalisation du score mais le score entraînant souvent une discussion sur les violences après sa réalisation il a pris du temps à certains médecins. Certains participants ont indiqué la difficulté qu'ils auraient à intégrer le dépistage des violences sous cette forme dans leur pratique car trop chronophage. (M3) « Expliquer le test prend 20 secondes, faire répondre les patientes moins d'une minute mais après d'analyser le test et d'en parler ça pouvait prendre du temps. Du temps qui mérite une consultation à part entière. Je ne pourrais pas l'utiliser sous la forme d'un dépistage systématique ». Nous avons déjà abordé cette problématique précédemment. Par ailleurs comme l'explique (M4) : « Ce qui peut être un frein à la réalisation du score ça peut être le temps de consultation mais après il est toujours possible de revoir des patientes. »

2.3.2.3 : Un score trop formel :

A l'opposé de cette recherche de cadre, rassurante pour certains, le caractère formel du score a été vécu comme gênant par d'autres. En mettant une distance avec la patiente, il entrave la relation avec celle-ci, ce que certains participants ont trouvé préjudiciable concernant un sujet aussi sensible et intime que les violences conjugales. (M5) « je trouve qu'il y a une espèce de mise à distance par la forme du questionnaire, on est tout de suite dans quelque chose de très formel. »

2.3.2.4 : l'absence de questionnement sur les violences sexuelles :

Les violences sexuelles sont une forme de violence faites aux femmes. Le score HITS pose la question « A quelle fréquence votre partenaire vous blesse physiquement ? » Cette question pourrait englober les violences sexuelles, mais à aucun moment dans le texte il n'est directement fait mention de ce type de violences. Selon les participants les patientes n'intègrent pas les violences sexuelles dans les violences dépistées par ce score. Ceci pose problème car les violences sexuelles sont les plus difficiles à aborder par les patientes. (M4) « Je pense que la violence sexuelle n'est pas ressortie dans ce questionnaire, c'est vrai qu'on entre dans l'intimité, ce qui peut être plus compliqué, donc le questionnaire est bien fait dans le sens où on va toucher du doigt certains types de violences un peu globale, mais effectivement il laisse de côté les violences sexuelles. »

C'est un sujet difficile à aborder pour les médecins même ceux habitués au dépistage des violences comme le médecin 5 (M5) : « Non je ne pense pas que cela l'englobe (les violences sexuelles), c'est quand même un sujet sur lequel on a du mal à aller. Moi aussi quand je pose ma question systématique des violences je n'explicite pas les violences sexuelles ».

Le sujet étant difficile à aborder des patientes et des médecins, son absence au sein du score est une limite de celui-ci.

2.3.2.3. Confusion entre question 2 et 4

2 participants ont identifié un problème de confusion au niveau du score. En effet la question 2 « A quelle fréquence votre partenaire vous insulte ou vous rabaisse » et la question 4 « A quelle fréquence votre partenaire vous crie dessus ou vous insulte ? » contiennent toutes les deux le terme insulte. La confusion vient de la traduction en français de la question 4, en anglais la question se pose sous cette forme « how often does you partner scream or curse at you » ici le terme « curse » se traduit par jurer. Une autre traduction de cette question propose : « A quelle fréquence votre conjoint crie-t-il ou jure-t-il contre vous avec violence ? » Peut-être que cette autre traduction lève l'ambiguïté.

2.3.3. Score verbal ou écrit

Le Score HITS d'abord créé sous forme écrite a par la suite été validé sous forme verbale. Pour cette étude, le choix de la forme employée a été laissé au médecin participant.

6 participants sur 8 ont utilisé la forme verbale. Dans les raisons invoquées, le caractère moins formel et plus intimiste revient. L'approche d'un sujet sensible était pour certains plus confortable à l'oral. (M4) : « Ne pas la laisser devant une feuille à remplir, un qcm, ça permet d'avoir un rapport direct et de commenter. »

2 sujets ont utilisé la forme écrite du score pour des raisons techniques de gain de temps (M3) : « j'ai préféré leur donner ce qui me permettait de faire la facturation pendant qu'elles remplissaient puis après de regarder le test et de commenter. » Ils ont noté que la forme écrite ne favorisait pas la communication et que certaines patientes quittaient la pièce directement après avoir rempli le questionnaire ce qui ne laissait pas le temps d'en parler. (M8) : « elles ont fui directement après le test donc ça peut être une des limites, elles ont rempli le test et sont parties directement. Alors qu'avec peut être une communication orale cela aurait pu se passer différemment. »

Discussion

La littérature s'est attachée à décrire de façon épidémiologique les facteurs influant sur la réalisation du dépistage des violences faites aux femmes.(14,17–22) Les résultats de cette étude vont dans le sens de la littérature, les mêmes facteurs influents sur la réalisation du dépistage étant retrouvés. Cependant là où les études quantitatives s'attachent à retrouver un lien statistique entre ces facteurs et la réalisation du dépistage, cette étude a recherché ce qui dans le vécu et la pratique des médecins généralistes expliquent l'émergence de ces facteurs favorisant ou freinant le dépistage. Ceci dans le but d'élaborer des théories visant à promouvoir les facilitateurs et à lutter contre les freins au dépistage.

L'expérience et l'éducation sont des notions clefs dans la réalisation du dépistage des violences. L'étude a retrouvé ces facteurs décrits statistiquement et s'est attachée à décrire leur impact dans la pratique des médecins généralistes, les relations entre les différents facteurs retrouvés au cours des entretiens et les solutions pratiques à adopter.(14)

1. Le rôle clef de la formation

Le manque de formation entraîne un défaut de connaissances théoriques sur les violences. La prévalence dans la population ainsi que la variété des symptômes et retentissements organiques ou psychologiques à court moyen et long terme semblent largement sous-estimés. De ce fait les médecins méconnaissent l'impact des violences sur leurs patientes. La connaissance de ces données permettrait de replacer dans l'esprit des médecins les violences faites aux femmes comme l'enjeu de santé majeur qu'elles représentent.

Les médecins participants à l'étude qui n'étaient pas formés à ce sujet avaient aussi pour la plupart l'impression de pouvoir identifier dans leur patientèle les femmes victimes de violences. Ceci est contredit encore par les dernières recommandations HAS de juin 2019 qui rappellent que « toutes les femmes, quel que soit leur statut socio-économique, leur âge, leur orientation sexuelle, leur origine culturelle, leur état de santé, leur handicap peuvent être concernées ». Ceci se traduit dans leur pratique par la réalisation d'un dépistage ciblé quand les recommandations indiquent clairement la nécessité d'un dépistage systématique des violences.(2)

Les médecins participants à l'étude ont imputé le fait qu'ils ne savaient pas comment prendre en charge une femme victime de violences comme responsable de l'absence de dépistage. Si le praticien ne maîtrise pas le sujet et n'a pas de solution à apporter aux violences, il ne sera pas enclin à proposer un dépistage. Au contraire les médecins formés ont témoigné directement de l'impact qu'a eu leur formation sur leur motivation à pratiquer le dépistage, prouvant l'importance de la formation dans le vécu du dépistage par les médecins généralistes. Une fois encore une formation sur la prise en charge des violences éliminerait ce frein. L'absence de connaissance des réseaux de prise en charge des victimes de violences participe à ce frein au dépistage. De nombreux acteurs œuvrent déjà à la prise en charge des femmes victimes de violence, leur implication dans la formation des médecins généralistes ainsi que des rencontres organisées entre ces acteurs et les médecins généralistes favoriserait la prise en charge des violences par ceux-ci.

Les pressions liées à l'exercice de la médecine générales et en particulier le temps et le fait d'oublier de poser la question sont cités comme des contraintes freinant la réalisation du dépistage.(19–21)

Le temps bien qu'étant une ressource précieuse en médecine générale peut être modulée par le médecin généraliste. Il est théorisé ici que la formation théorique sur cette thématique par la connaissance des enjeux sur la santé de leurs patientes incite les médecins à donner de leur temps pour son dépistage. De plus quand ils sont interrogés sur le sujet les médecins participants n'ont pas noté d'impact négatif sur leurs horaires ou le fonctionnement de leur cabinet à la réalisation d'un dépistage systématique. Le manque de temps est une raison évoquée par les médecins pour ne pas aborder un sujet pour lequel ils ne sont pas formés, ne sont pas à l'aise et dont ils sous-estiment l'importance.

De même la formation durant les études médicales aurait un impact pour faire du dépistage des violences une habitude intégrée à l'interrogatoire type des futurs médecins.

La formation au dépistage des violences faites aux femmes et à leur prise en charge a un impact sur un grand nombre des freins retrouvés dans la littérature et dans cette étude. Il est primordial pour l'amélioration de la réalisation du dépistage de former les médecins à sa pratique. L'intégrer au programme des études médicales assurerait que les prochaines générations de médecins soient formées. Pour les médecins en exercice, la promotion du dépistage est d'actualité avec la parution en juin 2019 de recommandations HAS en la matière. Des ateliers de formations locaux en partenariat avec les autres acteurs de la prise en charge des victimes (CIDFF, juristes, assistants sociaux, unité médico-judiciaire, policiers...) permettraient la formation des médecins en exercice et leur permettraient de rencontrer le réseau dont ils ont besoin pour une bonne prise en charge des victimes.

2. La place de L'expérience

L'expérience a complètement changé la perspective des participants concernant le dépistage des violences faites aux femmes.

Avant de réaliser le dépistage, l'étude retrouvait quelques facteurs favorisant l'initiation du dépistage comme le fait que les médecins généralistes considèrent aujourd'hui le dépistage des violences comme faisant partie de leurs attributions ou bien l'impact des médias sur la représentation positive que les médecins et leurs patientes se font du dépistage depuis que le sujet est devenu prépondérant dans les médias.(11) Malgré le fait qu'initialement les participants se sentaient concernés, seulement 2 d'entre eux réalisaient un dépistage systématique des violences comme recommandé.

Après la phase d'expérimentation, avec l'expérience acquise concernant le dépistage, les médecins ont réalisé que le dépistage est bien accepté des patientes et représente même une initiative saluée par celles-ci.

Allant à l'encontre des freins concernant les pressions liées à l'exercice (temps et oubli du dépistage) la simplicité de mise en œuvre du dépistage prouvée par leur expérience a encouragé les médecins à en poursuivre la pratique.

La pratique du dépistage a aussi prouvé de manière empirique ce que la littérature décrit, c'est-à-dire que l'on ne retrouve pas de profil type chez les femmes victimes de violences. Ceci associé au fait que les patientes ont du mal à aborder seules le sujet, prouvent la nécessité d'un dépistage systématique.

Un effet inattendu des participants du dépistage a été l'amélioration de la relation avec leurs

patientes au décours de celui-ci. Plusieurs participants ont décrit comment la prise en charge de ce sujet sensible mais axé sur la santé de leur patiente avait été bénéfique à leur relation médecin/patient. Cette notion a favorisé la poursuite du dépistage chez les participants et pourrait être mise en avant pour faire la promotion du dépistage au sein de la population médicale.

La pratique du dépistage et l'expérience qui en est retirée renforcent la motivation des médecins généralistes à sa réalisation. L'étude corrobore donc bien le fait que l'expérience est un facteur favorisant la pratique du dépistage.

Si l'expérience favorise la réalisation du dépistage, faut-il encore pour cela que les médecins généralistes débutent la pratique de celui-ci. Le score HITS pourrait apporter un élément de réponse.

3. Le score HITS

Le score HITS est un outil validé à l'efficacité prouvée dans le dépistage des violences faites aux femmes.(26,27)

Ce test a été validé premièrement sous une forme écrite à faire remplir aux patientes avant d'être également validé à l'oral réalisé par le médecin avec sa patiente. L'efficacité du score est donc établie mais à notre connaissance, cette étude est la première à s'intéresser à son intégration dans la pratique des médecins et aux modifications qu'il apporte dans leur vécu.

Le score a été perçu par les participants comme rapide, simple d'utilisation et bien accepté par les patientes. Ces aspects sont primordiaux dans l'optique d'incorporer le score HITS à la pratique quotidienne des médecins généralistes dans le cadre du dépistage systématique des violences. Le temps étant une préoccupation majeure le test se devait d'être rapidement réalisable ce qui a été le cas durant l'étude. Tous les médecins ont été unanimes sur sa rapidité d'exécution et l'absence d'impact sur leur emploi du temps. Les médecins participants ont apprécié sa simplicité permettant une utilisation facile et une bonne compréhension rapide de la part de leurs patientes. Le HITS est bien accepté des patientes, dans le contexte des violences faites aux femmes qui est un sujet délicat dont les patientes peinent à parler et que les médecins ont du mal à aborder, l'acceptation de l'outil par les patientes dans la pratique est nécessaire à son utilisation. Ces 3 points étaient primordiaux pour l'acceptation du test comme d'un outil utilisable par les médecins généralistes.

Pour être utilisé, un score se doit d'être acceptable par les médecins et leurs patients mais il doit également apporter une plus-value aux médecins qui l'utilisent.

Les participants à l'étude ont trouvé un intérêt particulier dans le fait que le score dépiste plusieurs formes de violences. En effet les violences physiques sont les plus évidentes mais les violences verbales et psychologiques font partie intégrante de la problématique et doivent également être dépistées.(2) Les médecins novices en dépistage des violences ont bénéficié, grâce au score, d'une méthode de dépistage développant ces différents axes facilitant un dépistage de bonne qualité. Un des participants pratiquant déjà un dépistage systématique a partagé cet avis avec les participants novices tandis que le second était d'accord avec cet aspect mais ne retrouvait pas de plus-value par rapport à sa méthode actuelle de dépistage par question systématique.

Les participants novices en dépistage ont exprimé l'intérêt du score pour débiter le dépistage et se lancer. Le fait d'avoir un outil physique (feuille avec score imprimé posé sur le bureau) servant de rappel visuel a aidé contre le frein représenté par l'absence de réflexe.

Certains participants ont expliqué que cet aspect avait été pour eux le principal intérêt du score, en les aidant à passer le cap et à débiter le dépistage en abordant les différentes formes de violences. Finalement avec l'expérience ils ont pu s'en détacher et pratiquer un dépistage plus libre sous la forme de questions posées à l'interrogatoire à chaque nouvelle patiente. Tous étaient unanimes sur l'aide que le score leur a apporté à l'initiation du dépistage, dans la continuité les avis sont partagés entre ceux qui aiment travailler avec des scores et ceux qui préfèrent la fluidité d'un entretien moins formel.

En remplissant un score, certains participants ont trouvé intéressant de pouvoir consigner de façon formalisée les informations sur les violences dans le dossier de leurs patientes.

Pour les médecins participants n'ayant pas d'expérience du dépistage, la présence d'un cadre permettant d'asseoir leur professionnalisme les a rassurés. Devant ce sujet avec lequel ils étaient mal à l'aise, les participants ont profité du score pour se donner une contenance leur permettant de réaliser le dépistage. De plus cela les a rassurés sur la bonne réalisation du dépistage. L'interface que le score met entre le médecin et la patiente a aussi été soulignée comme facilitant la réalisation du dépistage. Le médecin novice en dépistage peut être rassuré de mettre le score entre lui et la patiente, dans la représentation qu'il s'en fait, ce n'est pas lui qui pose ces questions intimes à la patiente mais le test, ce qui lui permet de se sentir moins mal à l'aise.

Le score existe sous forme orale et écrite, les participants ont choisi la forme qui leur convenait le mieux avec une prédominance pour la forme orale (75%). Avoir le choix de la forme est un avantage du score car il le rend plus adaptable à la pratique différente de chaque médecin généraliste.

Le score a aussi montré des limites à l'usage dans la pratique courante. Il se montre restrictif selon les participants. Les questions fermées qui, si elles permettent un dépistage rapide, ne laissent pas toujours la place aux patientes pour parler des violences non incluses dans les questions.

Son caractère formel qui a aidé les participants par l'apport d'un cadre, a par certains était perçu comme un frein à la relation et à la possibilité des patientes de s'ouvrir sur leurs problèmes.

Le score qui interroge les patientes sur les violences physiques, verbales et morales laissent étrangement le cas des violences sexuelles de côté. C'est une limite du score car elles sont une part extrêmement importante des violences nécessitant une prise en charge spécifique. Elles sont d'autant plus difficiles à aborder par les patientes et les médecins, d'où la nécessité de les dépister.

Du fait de la traduction choisie pour le score une confusion a été retrouvée entre le 2^{ème} et la 4^{ème} question du score par certains participants. Cette confusion peut être évitée en choisissant une traduction différente du score.

Au total le score HITS présente un intérêt sur la manière dont est vécu le dépistage des violences faites aux femmes. Il se montre particulièrement intéressant comme outil pour accompagner les médecins débutant le dépistage des violences faites aux femmes. L'outil les motive à sa réalisation, les rassure en donnant un professionnalisme aux médecins qui ne se sentent pas à l'aise avec le dépistage des violences. Sa facilité d'utilisation, le dépistage de plusieurs types de violences et sa bonne acceptation par les patientes assurent qu'il puisse être utilisé dans la pratique courante.

Pourtant le score présente des limites comme l'absence de mention des violences sexuelles, une version plus complète du score pourrait être intéressante pour ne pas omettre ce pan crucial des violences faites aux femmes. Son caractère formel et restrictif semble également être une limite à l'établissement d'un dialogue avec les patientes comme le démontre le vécu de certains médecins.

Enfin si le score a été valorisé par l'ensemble des participants dans le cadre de l'initiation du dépistage, certains participants n'ont par la suite plus ressenti le besoin d'utiliser un score pour réaliser le dépistage une fois en confiance avec la thématique. Le score reste donc pertinent comme outil de dépistage mais ne représente pas une méthode universelle de dépistage et son utilisation ou non va dépendre de la manière d'exercer de chaque médecin.

4. Forces et limites de l'étude

Les forces de l'étude se situent dans son approche centrée sur le vécu des médecins. A notre connaissance c'est l'une des premières dans la littérature à s'attacher à ce sujet. Cette approche a permis de décrire quels sont les mécanismes freinant et facilitant la mise en place du dépistage des violences faites aux femmes. L'étude a proposé une expérimentation aux médecins participants avec le score HITS pour proposer un élément essayant de faciliter la réalisation du dépistage.

Une des limites de l'étude concerne la méthode de recrutement de l'échantillon par « snowball sampling » qui a été dictée par le caractère relativement contraignant de l'étude et le sujet sensible qu'il aborde. Cependant cette technique de recrutement expose à un biais de sélection, les médecins sensibles à cette thématique étant plus enclins à accepter de participer à l'étude. Cela pourrait être un des facteurs qui expliquent la moyenne d'âge basse des médecins participants par rapport à la moyenne d'âge des médecins exerçants en France. Il semble cependant que les freins retrouvés chez des médecins concernés par le sujet se retrouveraient a fortiori chez des médecins non sensibilisés à la problématique, les données doivent donc être extrapolables. D'autant plus que la recherche par GTM n'a pas vocation d'établir des vérités mais d'établir des théories permettant d'avancer dans le sujet concerné à partir du matériel empirique (ici les entretiens des médecins).

Le modèle expérimental de l'étude imposait aux médecins participants la réalisation du dépistage. Dans ces conditions il a peut-être été difficile pour les médecins interviewés de faire la part des choses entre la participation à l'étude et l'utilisation du score dans leur motivation à la réalisation du dépistage.

La thèse concerne le vécu des médecins généralistes lors de la mise en place du dépistage. Les médecins participants ont de nombreuses fois abordé le vécu par leur patiente du dépistage. Le vécu positif du dépistage par les patientes comme décrit par les médecins participants pourrait bénéficier d'une étude à part entière pour évaluer de façon directe le vécu par les patientes.

Conclusion

Les violences faites aux femmes représentent un enjeu de santé publique majeure. Cette étude s'est attachée à comprendre ce qui, dans le vécu des médecins généralistes, empêche le dépistage systématique des violences d'être plus réalisé.

La formation est un facteur clef qui doit permettre aux médecins généralistes de pratiquer le dépistage. Par l'apprentissage théorique de l'épidémiologie des violences, de sa symptomatologie et de l'impact majeur sur la santé de leur patientes, les médecins trouveront les raisons pour ne plus ignorer cet enjeu crucial et y puiseront la motivation nécessaire à sa mise en place dans leur exercice. La formation pratique en lien avec les différents acteurs de la prise en charge des violences permettrait aux médecins de savoir agir face à des violences et de connaître les réseaux nécessaires à une prise en charge pluridisciplinaire.

Au sein de l'initiation de ce dépistage par les médecins généralistes, l'emploi du score HITS, un score rapide, simple à réaliser et bien accepté des patientes a sa place. Il facilite l'initiation du dépistage, aide les médecins à l'intégrer au sein de leur pratique en leur procurant un cadre et en les aidant à aborder les différents types de violences.

Cependant le score HITS présente également des limites de par son caractère formel et restrictif procurant un cadre et une réalisation rapide qui semble parfois gêner à l'ouverture d'un dialogue avec les patientes. Le score HITS ne fait pas mention des violences sexuelles et de ce fait laisse de côté une part importante des victimes. De plus, le score n'est pas validé pour le dépistage des violences chez les hommes, les violences concernent pourtant les deux sexes. Une version plus complète du score pourrait être une piste à développer dans le futur.

Bibliographie

1. SSML. Rapport d' enquête « cadre de vie et sécurité » 2018 Victimation , délinquance et sentiment d'insécurité. 2018.
2. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2019.
3. Guillaum M-T, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2014;62:S252.
4. Arkins B, Begley C, Higgins A. Measures for screening for intimate partner violence: A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23(3–4):217–35.
5. Shah P, Shah J. Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy. *J women's Heal*. 2010;19(11):2017–31.
6. Desmarais SL, Pritchard A, Lowder EM, Janssen PA. Intimate partner abuse before and during pregnancy as risk factors for postpartum mental health problems. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):1–12.
7. Jacquelyn C Campbell. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359:1331–6.
8. Zimmerman C, Stöckl H. Comprendre et lutter contre la violence à l' égard des femmes: la traite des personnes. Oms. 2012;
9. OMS. World Report on Violence and Health World Health Organization, 2002. ISBN 92-4-154561-5.
10. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2018;320(16):1678–87.
11. Williams JR, Halstead V, Salani D, Koermer N. An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2017;26(15–16):2192–201.
12. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence : knowledge , attitudes , and clinical practice of selected. *Br J Gen Pract*. 2012;62(September):647–55.
13. Henrion R, Ministère de la santé. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. La Doc française. 2001;
14. García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AFL, Koziol-Mclain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015;385(9977):1567–79.
15. Parsons L, Goodwin MM, Petersen R. Violence against women and reproductive health: toward defining a role for reproductive health care services. *Matern Child Health J*. 2000;4(2):135–40.

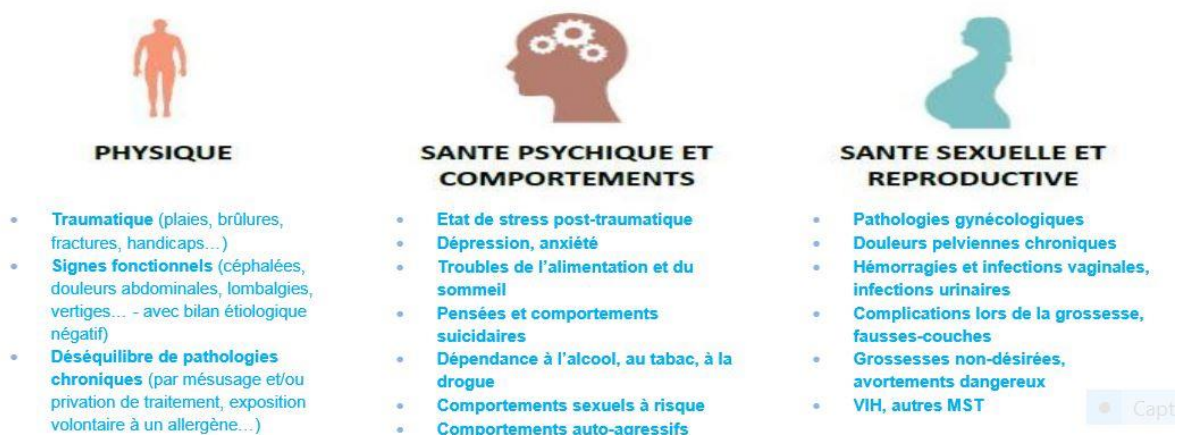
16. Higgins D, Manhire K, Marshall B. Prevalence of intimate partner violence disclosed during routine screening in a large general practice. *J Prim Health Care*. 2015;7(2):102–8.
17. Lebas J, Morvant C, Chauvin P. Consequences of domestic violence on women's health and their management in primary health care. *Bull Acad Natl Med*. 2002;186(6).
18. Baird K, Creedy D, Mitchell T. Intimate partner violence and pregnancy intentions: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2017;26(15–16):2399–408.
19. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: A survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007;7:1–11.
20. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: A qualitative analysis. *BMC Public Health*. 2012;12(1).
21. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *Women Heal*. 2012;52(6):587–605.
22. Pagels P, Kindratt TB, Reyna G, Lam K, Silver M, Gimpel NE. Establishing the Need for Family Medicine Training in Intimate Partner Violence Screening. *J Community Health*. 2015;40(3):508–14.
23. Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *J Fam Pract*. 2000;49(10):896–903.
24. Wiist WH, McFarlane J. The effectiveness of an abuse assessment protocol in public health prenatal clinics. *Am J Public Health*. 1999;89(8):1217–21.
25. Mcfarlane J, Hughes RB, Nosek MA, Groff JY, Swelden N, Dolan Mullen P. Abuse Assessment Screen–Disability (AAS-D): Measuring Frequency, Type, and Perpetrator of Abuse toward Women with Physical Disabilities. *J Womens Health Gend Based Med*. 2001;10(9):861–6.
26. Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. Hits: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med*. 1998;30(7):508–12.
27. Shakil A, Bardwell J, Sherin K, Sinacore JM, Zitter R, Kindratt TB. Development of verbal hits for intimate partner violence screening in family medicine. *Fam Med*. 2014;46(3):180–5.
28. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative 2ème édition. Deboeck supérieur; 2019.
29. Blanchet A, Gotman A. L'entretien: L'enquête et ses méthodes. Armand Colin; 2010.
30. Sugg NK, Inui T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence Opening Pandora's Box. *JAMA - J Am Med Assoc*. 1992;267(23):3157–60.
31. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France. 2018.

Annexe 1 : Guide pratique pour les médecins participants

Les violences faites aux femmes sont un problème fréquent, sous diagnostiqué et qui quand il l'est souvent mal pris en charge par méconnaissance du corps médical. Je vais m'efforcer ici de rédiger un guide pratique des conduites à tenir face à des violences faites à une femme :

1. Constats, signes et facteurs

Il n'existe pas de symptomatologie typique, tous les retentissements des violences sur la santé sont possibles. Il n'y a pas de profil type de femmes victimes de violences. Le tableau adapté de l'OMS ci-après indique les nombreuses pathologies pouvant résulter de violences. Les conséquences psychologiques et somatiques des violences étant fréquentes et redoutables, le médecin doit faire le lien en symptomatologie passée et présente, ainsi que les violences subies pour ne pas traiter les symptômes « écrans ».



Des signaux d'alertes : le nombre de consultations important, le comportement de la victime (elle ne souhaite pas se déshabiller,), les attitudes du conjoint (il veut toujours être présent, il répond à la place de sa conjointe, il fait preuve d'autorité..).

2. Le dépistage systématique :

Hors les situations de violences déclarées (demande de certificat médical, traumatisme à l'origine assumée), la façon la plus simple de repérer les violences est d'y penser et de poser directement et systématiquement la question. La littérature scientifique montre que le dépistage systématique est utile, efficace et permet de poser un diagnostic médical adapté. Le questionnement est très bien accepté par les patientes. Il convient de poser quelques questions simples et explicites :

« Est-ce que vous avez déjà subi des violences dans votre vie, au travail, dans votre enfance, à la maison ? » « Est-ce que vous avez subi des événements qui vous ont fait mal et qui continuent à vous faire du mal aujourd'hui ? » « Avez-vous été victime de violences physiques, psychologiques, verbales, sexuelles dans votre vie ? »

Précautions pour l'entretien clinique : La consultation doit être confidentielle : en tête-à-tête avec la femme seulement. Eviter de recourir à un proche pour l'interprétariat. Rappeler la confidentialité de l'entretien médical.

Cas particuliers de la patiente victime de violences conjugales accompagnée de son enfant lequel est victime de violences psychologiques en raison de sa présence au moment de l'agression et/ou il a lui-même été victime de violences physiques par son père ou beau-père. Prendre en compte l'enfant victime de violences conjugales et proposer une prise en charge adaptée.

3. Adopter une écoute active et bienveillante

- Croire ce qu'elle vous révèle et le lui dire.
- Affirmer l'interdiction des violences par la loi et la seule responsabilité de l'agresseur.
- La laisser s'exprimer.
- L'aider à formuler ses demandes d'aide.

- Respecter ses choix et les accompagner.
- Délivrer un message de soutien, de valorisation de sa démarche.
A dire à la patiente victime : « Vous n’y êtes pour rien. » « L’agresseur est le seul responsable. » « La loi interdit et punit les violences. » « Si vous le souhaitez, je peux établir un certificat médical. »

4. Examiner avec bienveillance la patiente :

Lui demander son accord avant chaque étape de l’examen que vous allez réaliser après lui avoir donné toutes les explications nécessaires. Lui expliquer que vous pouvez être amené-e à lui demander de se déshabiller afin de constater des blessures, y compris sur les zones intimes, blessures qu’elle peut ne pas avoir encore observées. Lui proposer de se couvrir les parties du corps déjà examinées.

5. Noter précisément dans le dossier médical :

- Inscrire le N° de portable personnel de la patiente victime.
- Retranscrire les déclarations concernant les violences de la patiente avec ses mots en ayant obtenu son accord préalable.
- Décrire précisément les symptômes et lésions physiques et psychologiques constatés (taille, localisation, couleurs).
- Si possible prendre des photographies avec un repère métrique.
- Renseigner des dessins corporels.
- Indiquer les examens effectués ou prescrits ainsi que les médicaments prescrits.

6. Etablir un certificat médical descriptif

Les 10 règles d’utilisation du certificat médical

- 1 - Rédiger le certificat de manière lisible, précise, sans termes techniques
- 2 - Indiquer le lieu de rédaction du certificat, dater et signer le certificat (ne pas antidater ou postdater le certificat)
- 3 - Mentionner votre nom, prénom, coordonnées professionnelles, n° RPPS ou d’inscription au Tableau de l’Ordre
- 4 - Mentionner clairement les éléments d’identité de la patiente (en cas de doute, utiliser la mention « me déclare se nommer... »)
- 5 - Ne porter aucun jugement, aucune accusation envers un tiers, aucune interprétation sur les faits relatés par la patiente
- 6 - Après avoir nécessairement procédé à un examen de la patiente, décrire de manière factuelle et objective les lésions ou signes constatés
- 7 - Retranscrire sans interprétation et entre guillemets les déclarations faites par la patiente
- 8 - Ne pas violer le secret professionnel (ne pas révéler, via le certificat, des informations soumises au secret professionnel sans l’accord de la patiente)
- 9 - Remettre en main propre le certificat uniquement à la patiente (ou à son représentant légal s’il s’agit d’une mineur ou d’une majeure protégée et si ce représentant n’est pas impliqué dans les faits) et en aucun cas à un tiers
- 10 - Conserver une copie du certificat établi

La détermination de l’ITT peut être difficile. C’est pourquoi, cette ITT pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits avec minutie dans le certificat médical. Remettre l’original uniquement à la patiente et conserver une copie dans le dossier. Si elle ne souhaite pas de certificat, l’établir quand même et les 2 exemplaires doivent être conservés dans le dossier. Il pourra lui être utile a posteriori.

7. Délivrer tout traitement utile et un arrêt de travail si nécessaire

8. Evaluer la situation pour identifier le danger et les risques encourus :

Plusieurs hypothèses doivent être envisagées concernant la situation de la patiente victime : le retour à son domicile, ses possibilités d’hébergement, la mise en sécurité immédiate. Prendre en compte notamment :

- Les visites antérieures aux urgences ou dans d’autres services médicaux.
- La vulnérabilité (grossesse, handicaps, personnes âgées). La peur exprimée par la patiente.
- La présence d’arme au domicile.
- La fréquence et la gravité des violences commises, les menaces de mort.
- Les idées suicidaires ou tentatives suicidaires.
- L’isolement de la victime.
- Les soutiens et relais familiaux et amicaux.

- Les démarches déjà entreprises auprès d'autres professionnel-le-s et associations.
- La présence d'enfants.
- L'intervention de la police, de la justice avec garde à vue actuelle de l'agresseur.
- Les antécédents judiciaires de l'agresseur.

9. Faire hospitaliser la patiente si nécessaire

Alertez les professionnel-le-s partenaires : (pédiatre, assistante sociale, psychologue, association) pour qu'ils prennent contact avec la patiente. En cas de danger et avec l'accord de la patiente, le procureur de la République peut être avisé. Si la patiente est une personne vulnérable, un signalement doit être adressé au procureur de la République.

10. Informer et orienter la victime vers le réseau de partenaires professionnels et associatifs.

Rappeler qu'elle peut se présenter aux urgences 24H/24 7j/7. L'inciter à déposer plainte maintenant ou plus tard dès qu'elle se sent prête. L'inviter à appeler le 3919 pour parler et être conseillée. Remettre des dépliants, les coordonnées de tout-e autre professionnel-le (assistante sociale, psychologue, pédiatre,...) ou structure (associations, intervenante sociale ou psychologue du commissariat, les services sociaux...) Grâce à votre aide, elle saura qui contacter quand elle sera prête. Dans tous les cas, il faut respecter son choix. Si elle ne veut pas porter plainte ou prendre contact avec les associations tout de suite, elle est décisionnaire.

11. Prévenir le service social ou autre partenaire. Avec l'accord de la patiente, communiquer ses coordonnées au service social, à tout autre service partenaire, à l'association partenaire. Ce partenaire contactera la patiente pour faire un point sur sa situation et ses besoins.

12. Proposer une consultation de suivi ou de soins de suite

13. A remettre à la patiente victime

- Son certificat médical.
- Une ordonnance, si nécessaire.
- Un arrêt de travail, si besoin.
- La date de la consultation de suivi ou de soin de suite.
- Les dépliants et/ou les coordonnées des partenaires.
- Le scénario de protection.

La Haute Autorité de Santé publie aujourd'hui des recommandations destinées à guider les médecins dans la rédaction d'un certificat médical initial pour les victimes de violences. Véritable acte médical, il doit être réalisé de manière rigoureuse.

Le certificat médical initial atteste des violences subies par une personne et peut être utilisé pour faire valoir ses droits. Il constitue un élément de preuve pour la justice et doit donc suivre des règles de rédaction précises. Saisie par la Direction Générale de la Santé et la Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré des recommandations qui visent à définir précisément ce qu'est un certificat médical dans l'objectif de standardiser des pratiques aujourd'hui divergentes. Cette hétérogénéité crée des inégalités de traitement pour les victimes dans la reconnaissance pénale de leurs dommages.

Quand et comment rédiger un certificat médical initial ?

La HAS recommande aux médecins de toujours répondre à une demande d'établissement de certificat médical initial, qu'elle émane d'une victime ou des autorités judiciaires. Le certificat médical initial doit être descriptif et détaillé mais parfaitement objectif, le médecin pouvant étayer la description avec des schémas ou des photographies, avec l'accord de la victime. L'évaluation du versant psychique ne doit pas être omise. Le médecin ne doit jamais affirmer la responsabilité d'un tiers, ni se prononcer sur le caractère volontaire ou involontaire des violences ou des blessures subies. La HAS rappelle la possibilité de solliciter des aides au diagnostic et d'adresser la victime à une consultation spécialisée. Le médecin peut faire cette déclaration sur document libre ou sur un formulaire pré-rempli disponible sur le site de la HAS.

Veiller à préciser la durée d'ITT

Le médecin doit conclure le certificat médical initial par la durée d'incapacité totale de travail (ITT) qu'il recommande. L'ITT est la traduction en nombre de jours de la gravité des violences subies par la victime et de la gêne notable dans les activités de la vie courante. Dans le cadre d'une procédure judiciaire, l'ITT contribue à qualifier l'infraction (délit ou contravention) et l'importance de la peine encourue par l'agresseur.

Sensibiliser les victimes de violences au certificat médical initial

La HAS, en partenariat avec l'INAVEM (Fédération nationale d'aide aux victimes et de médiation), éditera début 2012 un document d'information sur le certificat médical à destination des victimes de violences.

Une recommandation de bonne pratique publiée en mai 2011 et spécifique aux maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur est disponible sur le site de la HAS.

Annexe 2 : Guide d'entretien Initial

Entretien au décours du recueil de données :

Explications préalables :

L'entretien sera enregistré, en expliquer les raisons : thèse qualité : besoin de pouvoir revenir sur les entretiens avec les médecins pour dégager les axes importants, ce qui revient chez les différents médecins.

Les données des patientes ne seront pas analysées de manière statistiques comme dans une étude quantitative mais les données recueillies nous sont utiles pour revenir avec le médecin sur la période d'utilisation de l'outil.

Questions :

a) Généralités violences domestiques :

- 1) Au cours de votre pratique quel était, avant la phase de test, votre avis sur le dépistage des violences faites aux femmes ? (Pourquoi ?)
- 2) Pratiquiez-vous une forme de dépistage des violences conjugales et si oui sous quelle forme ? Si, non, pourquoi ?

b) Modalités du score HITS

- 3) Pratiquer le dépistage a-t-il été réalisable avec le timing des consultations ?
- 4) Quelle forme du score HITS (écrite ou orale) ?
- 5) Qu'avez-vous pensé du Score HITS comme outil de dépistage ?

c) Perception du dépistage :

- 6) Comment a été perçu le dépistage par les patientes ?
- 7) Comment avez-vous vécu le dépistage ?
- 8) Est-ce que l'âge des patientes a modifié leur réponse et leur acceptation du dépistage ?
- 9) Des femmes ont-elles refusées de s'y soumettre ? Qu'en pensez-vous, quelles informations sur la patiente son refus vous a-t-il été évoqué ?
- 10) Qu'a modifié selon vous le score HITS par rapport à l'absence d'outil diagnostique ?

d) Au décours du dépistage :

- 11) Est-ce que le médecin va continuer à réaliser un dépistage systématique des violences ? et si oui en utilisant le score HITS ?
- 12) Les éventuels dépistages de violences actuelles ont-ils amené à une prise en charge spécifique ?
- 13) Dans le cadre de violences passées qu'avez-vous fait ?

Annexe 3 : Fiche de recueil

Fiche de recueil :

2 premières lettres nom/prénom/âge :/...../.....

Proposer le questionnaire en fin de consultation avant le règlement de la consultation. Le questionnaire sera réalisé seul à seul avec la patiente (sans enfant ou conjoint)

Exemple de phrase pour amener le questionnaire :

Dans le cadre d'une étude pour la thèse d'un interne je propose ce questionnaire concernant les violences faites aux femmes à toutes mes patientes .

HITS Outil de dépistage des violences conjugales :

S'il vous plaît, lisez chacune des activités suivantes et remplissez le cercle qui indique le mieux la fréquence à laquelle votre partenaire agit de la manière décrite.

A quelle fréquence votre partenaire ?	Jamais	rarement	parfois	assez souvent	souvent
1.Vous blesse physiquement	☐	☐	☐	☐	☐
2.Vous insulte ou vous rabaisse	☐	☐	☐	☐	☐
3.Menace de vous faire du mal	☐	☐	☐	☐	☐
4.Vous crie dessus ou vous insulte	☐	☐	☐	☐	☐

Chaque item est noté entre 1 et 5, le scores est donc compris entre 4 et 20. Un score supérieur à 10 est considéré comme positif

En Anglais HITS forme l'acronyme de Hurt, Insult, Threaten et Scream (Blesse, insulte, menace et crie) qui forme un mnémotechnique pour le test

Résultats du test : _____

Réactions de la patiente face au questionnaire : _____

Découverte de violences passées ou présentes de quels types ? _____

Cela entraîne-t-il une prise en charge spécifique, de quel type ? _____

Résumé

Introduction : Les violences faites aux femmes représentent un déterminant majeur de leur santé avec des répercussions physiques et psychologiques à long terme. Malgré son importance le sujet reste méconnu des médecins généralistes et son dépistage systématique reste insuffisant.

Objectif : Cette étude propose d'évaluer l'apport de l'utilisation d'un score diagnostic (HITS) dans le vécu du dépistage des violences faites aux femmes par les médecins généralistes.

Méthode : étude qualitative par analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes libéraux exerçant dans le Var (83) et les Alpes Maritimes (06) après introduction du dépistage systématique par le score HITS auprès d'au moins 30 patientes ou après un mois d'utilisation.

Résultats : 8 entretiens individuels ont été réalisés puis analysés pour cette étude. Plusieurs facteurs influençant le dépistage de façon générale ont été retrouvés. L'envie des médecins de prendre en charge les violences, la place prépondérante du sujet dans les médias, la bonne perception du dépistage par les patientes, l'amélioration de la relation médecin-patiente et sa simplicité de mise en œuvre ont été retrouvés comme facilitateurs à la mise en place du dépistage. A l'opposé plusieurs freins ont été mis en évidence comme le caractère tabou du sujet, le manque de sensibilisation et de formation des médecins. Le score HITS possède plusieurs avantages, il est bien accepté des patientes, facile et rapide d'utilisation, il explore les violences physiques mais également verbales et morales, formalise la transmission des données et propose un cadre aux médecins généralistes favorisant la mise en place du dépistage. Le score présente néanmoins des limites par son caractère restrictif et formel il peut entraver le dialogue avec la patiente et ne prend pas en compte les violences sexuelles.

Conclusion : La formation est un facteur clef qui doit être mis en avant pour lever les freins à la réalisation du dépistage des violences faites aux femmes. Afin de favoriser l'initiation de ce dépistage par les médecins généralistes, l'emploi du score HITS apparaît comme un outil simple et facile à utiliser.