



HAL
open science

Hommes victimes de violences entre partenaires intimes : vécu de leur prise en charge en médecine générale, étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Marie Aucouturier, Violette Sibi

► To cite this version:

Marie Aucouturier, Violette Sibi. Hommes victimes de violences entre partenaires intimes : vécu de leur prise en charge en médecine générale, étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03526878

HAL Id: dumas-03526878

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03526878v1>

Submitted on 14 Jan 2022

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.

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES
THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Année 2021

N° 162A / 162B

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 décembre 2021 à Bordeaux

Par

Marie AUCOUTURIER

Née le 20 Avril 1992 à Reims

Et

Violette SIBI

Née le 29 Août 1991 à Toulon

**Hommes victimes de violences entre partenaires intimes :
vécu de leur prise en charge en médecine générale.**

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Sous la direction du Docteur Édouard BONTOUX

Membres du jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Président

Monsieur le Docteur Marco ROMERO

Rapporteur

Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON

Juge

Madame le Docteur Myriam MARICHAL

Juge

Monsieur le Docteur Édouard BONTOUX

Directeur

REMERCIEMENTS

Aux membres de notre jury,

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider notre jury. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

À Monsieur le Docteur Marco ROMERO,

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail et de nous faire l'honneur de siéger à notre jury.

À Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer au jury de notre thèse.

À Madame la Docteure Myriam MARICHAL,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer au jury de notre thèse.

À Monsieur le Docteur Édouard BONTOUX,

Nous te remercions de nous avoir guidés tout au long de ce travail et de l'avoir supervisé. Merci pour tes nombreux conseils et relectures.

Aux hommes victimes interrogés,

Nous remercions les hommes qui ont participé à notre travail. Merci d'avoir accepté de nous rencontrer et de partager votre expérience avec nous.

REMERCIEMENTS DE MARIE

A mes parents, **Véronique** et **Jean-Paul**, qui ont fait celle que je suis aujourd'hui. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, d'avoir rendu et de rendre ma vie heureuse. Merci pour votre soutien dans ces longues études. Je vous aime.

A **Juliette** et **Antoine**, merci de m'avoir supportée (en vrai c'était plutôt facile), d'avoir toujours été là pour moi et d'enrichir ma culture générale de temps en temps. Je serai toujours là pour vous.

A mes grands-parents, **Monique** et **Gilbert**, pour tout ce que vous avez fait pour moi, des Ménuires au Conservatoire, des rollers aux costumes de danse, merci pour tous ces moments passés chez vous de l'enfance à l'adolescence (et même après), pour toutes ces coupes de champagne passées et à venir ;-)

A ma marraine **Delphine** et ma cousine **Anaïs**, vous formez un magnifique duo, j'espère revenir vous voir souvent !

A mon **Papi Jacques**, mon parrain **Gilles**, **Babette**, mes cousines **Mathilde** et **Clémentine**, merci pour ces moments partagés, plus nombreux quand j'étais plus jeune, que j'aurais plaisir à revivre. A **Pierre** et **Lucile**, à qui je souhaite de réussir en médecine, à **Laurent** et **Nathalie**.

A **Magali**, merci d'être entrée dans ma vie.

A ma **belle-famille**, qui est grande certes par sa taille, mais aussi par ses qualités de cœur. Je ne peux citer chacun d'entre vous car la liste est trop longue... mais je remercie tout particulièrement **Linda** et **Evelyne** pour leur générosité, leur gentillesse et leur sagesse. Merci à **Edmée**, **Anne** et **Marie-Clothilde** d'être venues de loin pour ma soutenance, je suis très touchée.

A mes **copines de danse**, **Margot**, **Caro**, **Floriane**, et **toutes les autres**, et à **Sandrine**, merci pour ces 10 années de danse, de chorégraphies, de spectacles, de sushis. Vous étiez pour moi un soutien psychologique indéniable. Ces moments avec vous étaient précieux et me manquent.

A mes amies de P1 (et au-delà) : **Mathilde, Clara, Justine** et **Marine**. Cette année était l'une des plus difficiles, mais votre présence et votre soutien m'ont permis de réussir le concours. Nous y sommes toutes parvenues et je suis fière que chacune fasse aujourd'hui ce qu'elle aime.

A tous les copains rémois de la fac, aux très nombreuses soirées, aux WE d'inté, aux galas, mais aussi aux « Summer Week », merci d'avoir rendu ces 6 années exceptionnelles : **Julian, Antoine D, Raph, Cécilia, Alice, Paulette, Margot, Clotilde, Chloé, Solène, Clément, Pierre, Titou, Etienne, Antoine P.**

A tous les copains d'internat, de Bergerac à Villeneuve sur Love, de Sarlat en passant par la Nouvelle-Calédonie (on dirait plus un tour du monde qu'un internat de médecine) : **Sarah, Alice B., Paulo, Clarisse, Célia, Thomas, Philou, Anaïs, Camille, Alice** et **Germain**, et tous les copains de Calédo.

A **Bernard** et **Christine**, mes parents du sud-ouest pour l'été 2019, merci pour ce dernier semestre d'internat avec vous.

A mes 3 cœurs : **Dolly, Fuka** et **Mhysa**.

A **Violette**, oui tu as le droit à un paragraphe rien que pour toi.. Et c'est bien normal. A nos heures d'entretiens, de retranscriptions, de codages, de rédaction, de corrections, et de réflexions. Merci pour ce travail, ce fût un plaisir de le réaliser avec toi. Sur un plan beaucoup plus personnel, merci d'être toi : positive, généreuse, drôle, enthousiaste, à l'écoute... On a tous besoin d'avoir une Violette dans sa vie, mais on n'a pas tous la chance d'en avoir une, alors merci de faire partie de la mienne.

A **Hugo**, mon amour, mon coloc, mon pilier. Merci pour ta présence et ton immense soutien, de la P2 jusqu'à ce jour, pour les études comme dans la vie. Merci de me de me faire voyager, de me faire rire, de me faire douter, de me faire grandir.

Merci de m'avoir suivie pour l'internat jusqu'à Bordeaux, je sais que quitter Reims n'était pas facile pour toi, sans parler de la Nouvelle Calédonie... ;-)

J'ai beaucoup de chance de t'avoir à mes côtés. Merci pour les projets passés et pour tous ceux à venir. Je t'aime à l'infini.

REMERCIEMENTS DE VIOLETTE

A **Coline**, mon pilier, ma confidente, ma meilleure amie. Pour ta présence, ton immense soutien à toute épreuve, et ta capacité à me faire rire, tout le temps. Pour notre complicité et notre langage bien à nous ! A **Vincent**, pour ta grande générosité et ton optimisme. Mais aussi merci d'être le Plume humain de ma sœur.

A **Romain et Hugo**, pour notre grand combat pour l'équité dans nos assiettes, mais aussi pour notre complicité. Je sais que je pourrai toujours compter sur vous.

A **mon père**, pour tout ce que tu as fait pour moi, et pour m'avoir épaulée et supportée toutes ces années. J'espère qu'un jour mes patients m'apprécieront autant que les tiens t'apprécient !

A **ma mère**, pour ton dévouement pour nous quatre. Ce n'était quand même pas facile de nous éduquer, mais t'as réussi à me faire sortir du lot, chapeau !

A **Françoise**, parce que tu vaux ton pesant d'or.

A **ma famille d'adoption** : Marie, Lucie, François, Joseph, Jean Pierre.

A **mes Pookies**, pour votre bienveillance exceptionnelle et votre folie.

Ma Mistouflette, mon rayon de soleil depuis 15 ans. Je suis tellement fière de toi, tu réussis tout ce que tu entreprends ! Merci à Jérémie d'avoir repris ses entraînements de vélo.

Lucie, dire que cette belle amitié a commencé avec Mi-Jo. J'admire ta présence et ta capacité à trouver les mots justes en toutes circonstances. Merci à Vivien pour sa positivité, mais pas merci de ne pas améliorer le karma de Lucie.

Caro, pour ton altruisme et ta générosité.

A mes amies d'enfance **Clara, Alice et Juliette**, pour toutes ces belles années.

A ma brochette arcachonnaise, pour cette précieuse amitié. **Manon**, pour ton humour, ton sarcasme, et tes cours de tricot. **Marion**, pour ton excentricité et ta joie de vivre. **Virginie**, pour ta subtilité, dont toi seule connais le secret.

A ces magnifiques rencontres villeneuvoises : A mes petits cœurs **Anaïs et Célia**, pour nos discussions quotidiennes. A **Alice, Camille, Clarisse, Hugo, les Mainmain, Paulo, Philou, Sarah, Thomas**. Pour tous ces fous rires, ces soirées, ces déguisements, ces colocs. Merci d'avoir rendu cet internat exceptionnel. Tout le monde a été vu. Il n'y a pas rien !

Aux nanas du Pic d'Anie, pour ces heures passées à commérer : **Samar, Claire D, Juliette, Camille, Claire B.**

Aux belles rencontres calédoniennes :

Aux Parisiens en quête d'aventure en dehors même de la Province : **Nesrine, Laetitia, Antoine.**
A **mes mouettes** **Alix, Alizée, Pierre** pour votre bienveillance, mais pas pour votre humour qui laisse à désirer. A **Lauriane, Anaïs, Antoine, Ève, Aurore, Loïc, Clem, Hugues, Marie, Florian, Mathieu, Claire, Alison, Arthur.** Merci à toute la tribu pour cette folle aventure à l'autre bout du monde, et qui se poursuit encore aujourd'hui aux quatre coins de la France.

Enfin, à ma merveilleuse **Marie**, pour ta confiance. Tu as rendu ce travail beaucoup plus agréable ! Je suis fière que nous ayons très bien réussi à communiquer (beaucoup de papotage, et parfois un peu de travail s'il nous restait du temps). Et au-delà, merci pour ta sincérité, ta grande répartie, ton sens de l'humour, toutes nos chorées, ta passion des cœurs, et depuis peu, ta cuisine. Merci pour cette si belle amitié.

Merci à **toutes les plantes** d'être aussi belles !

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
I. Épidémiologie	9
II. Les violences entre partenaires intimes	9
a. Les formes de violences	10
b. Le mécanisme des violences	11
c. La typologie des violences	11
III. Place du médecin généraliste	13
IV. Justification et objectifs de l'étude	13
MATÉRIEL ET MÉTHODES	15
I. Choix de la méthode	15
II. Population d'étude, recrutement et échantillonnage	15
III. Élaboration du guide d'entretien	16
IV. Réalisation des entretiens	16
V. Recueil et analyse des données	16
VI. Commission d'éthique et consentement	17
RÉSULTATS	18
I. Les violences	18
a. Formes des violences	18
b. Processus des violences	19
c. Vécu des violences	20
II. Révélation des violences	23
a. Facteurs influençant la révélation	23
b. Personnes ressources	24
III. Parcours médical	25
a. Prise en charge par le médecin généraliste	25
b. Vécu de la prise en charge médicale	27
IV. Représentations et missions attribuées au médecin généraliste	28
V. Ressenti de genre	31
a. Par rapport à la société	31
b. Par rapport aux forces de l'ordre et au système judiciaire	32
c. Par rapport aux médias	33
VI. Carte heuristique	34
DISCUSSION	35
I. Forces et limites de l'étude	35
a. Forces	35
b. Limites	35
II. Objectifs	36
III. Perspectives	40
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	47

INTRODUCTION

Les violences entre partenaires intimes (VPI) ou violences conjugales sont définies comme les violences exercées par un conjoint, ou ex-conjoint, sur l'autre au sein d'un couple. Le couple représente deux personnes unies, dont le statut peut être le mariage, le partenariat enregistré (tel que le pacte civil de solidarité en France), le concubinage ou l'union libre (1). Pour ce travail, nous avons choisi d'utiliser le terme de violences entre partenaires intimes.

Les VPI font l'objet d'un intérêt croissant. Elles sont un enjeu de santé publique majeur, tant à l'échelle nationale qu'internationale, pouvant avoir de graves conséquences sanitaires, psychologiques et sociales à court, moyen et long terme (2). En France, leur coût a été estimé, en octobre 2020, à 3,6 milliards d'euros par an (3). Cinq plans interministériels ciblant essentiellement les femmes victimes de VPI se sont succédés depuis 2005 pour permettre notamment la mise en œuvre d'actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire (4).

Suite au Grenelle des violences conjugales organisé par le gouvernement en 2019, les dispositions de l'article 226-14 3° du code pénal ont été modifiées le 30 juillet 2020. Le médecin dispose désormais d'une dérogation au secret médical lorsqu'une victime de VPI se trouve en situation de danger immédiat et sous emprise. Il peut, en conscience, effectuer un signalement et ainsi porter à la connaissance du procureur de la République la situation, même sans avoir obtenu préalablement le consentement de la victime (5,6).

Moins médiatiques que leurs homologues féminins, les hommes victimes de VPI constituent une population encore peu connue. Les recherches scientifiques s'intéressent en très grande majorité aux femmes victimes. Nous avons retrouvé peu de travaux traitant exclusivement des hommes victimes (7-9). L'idée de la violence féminine à l'encontre des hommes reste encore difficile à accepter parce qu'elle bouscule l'organisation d'une société basée sur un rapport social des sexes où l'homme est perçu comme le dominateur.

I. Épidémiologie

En France, plus d'une victime de VPI sur quatre serait un homme. En effet, le dernier rapport "Cadre de Vie et Sécurité" réalisé en 2019 par l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP) et l'Institut National des Statistiques et des Études Économiques (INSEE), estime qu'environ 213 000 femmes et 82 000 hommes âgés de 18 à 75 ans ont été victimes de VPI chaque année entre 2011 et 2018, ce qui représenterait 72,3% de femmes et 27,7% d'hommes sur l'ensemble des victimes VPI dans cette même tranche d'âge (10). L'enquête n'a pas pu être conduite en 2020 du fait des mesures de distanciation sociale et de restriction des déplacements mises en place pour lutter contre la pandémie COVID-19. Une progression de 30% des VPI a cependant été relevée durant le premier confinement (11).

En 2020, 125 morts violentes au sein du couple ont été recensées par les services de police, contre 173 l'année précédente, soit une diminution de 28%. Parmi ces victimes, on dénombre 102 femmes et 23 hommes. Les hommes représenteraient donc 18,4% des décès liés aux VPI. Ce ratio est stable depuis 2006 (12). Cependant, ces chiffres ne tiennent pas compte des suicides secondaires aux VPI.

En Belgique en 2010, 10,5% des hommes déclaraient avoir été victimes de violence de la part de leur partenaire actuel ou ex-partenaire dans les douze derniers mois dans une enquête réalisée par l'Institut pour l'Égalité entre les Hommes et les Femmes (13). Aux États-Unis en 2011, 14,3% des hommes ont connu de graves violences physiques de la part de leur partenaire intime à un moment donné de leur vie (14). En Grande-Bretagne en 2015, 8,2% des femmes et 4% des hommes entre 16 et 59 ans rapportaient avoir été victimes de violences au sein du couple sur les douze derniers mois (15). Au Canada en 2018, parmi les victimes de VPI, 21% étaient des hommes âgés de 15 à 89 ans (16).

II. Les violences entre partenaires intimes

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence comme l'usage ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence (17).

L'OMS définit les VPI comme tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui font partie de cette relation. Il s'agit entre autres d'actes d'agressions physiques, de violences sexuelles, de violences émotionnelles ou psychologiques et de comportements tyranniques ou dominateurs (18).

a. Les formes de violences

Cinq formes de violence sont principalement décrites : les violences physiques, sexuelles, verbales, psychologiques et économiques (18).

- **La violence psychologique** : il s'agit de déprécier la personne, de la dénigrer, de la diminuer, de la manipuler, de lui faire perdre l'estime de soi, de la menacer ou de l'intimider. Elle s'exerce de manière sournoise et insidieuse par des gestes, des postures, des regards et des paroles.

- **La violence verbale** : elle comprend le contenu des paroles et le mode de communication ; ce sont les éclats de voix, les cris et les hurlements. Il s'agit d'humilier, d'intimider ou de proférer des menaces, des injures ou des sarcasmes. Le langage peut être ordurier ou injuriant.

- **La violence physique** : elle réside dans toute contrainte physique d'une personne sur une autre, tous sévices corporels. Elle se manifeste par des gestes et laisse généralement des traces visibles.

- **La violence sexuelle** : il s'agit d'obliger une personne à subir, à accomplir ou à être confrontée à des actes d'ordre sexuel sans son libre consentement.

- **La violence économique** : elle consiste au contrôle économique ou professionnel de la personne. Elle se traduit par l'impossibilité de disposer de son argent dans le but d'accentuer la dépendance de la victime.

Récemment, d'autres formes de violences ont pu être identifiées, comme les violences administratives et la cyber-violence (19).

b. Le mécanisme des violences

Lenore Walker, psychologue spécialiste des violences faites aux femmes, a décrit en 1979 le cycle de la violence (annexe 1) en quatre phases successives (20) :

1. **La phase de tension** : l'agresseur crée la crainte et la peur chez sa victime en mettant en place un climat d'insécurité.
2. **La phase d'agression ou de crise** : l'agresseur passe à l'acte violent (violence physique le plus souvent, mais aussi verbale, psychologique, sexuelle ou économique), entraînant un sentiment de terreur et d'impuissance chez la victime.
3. **La phase d'excuse ou de justification** : l'agresseur semble regretter son geste mais culpabilise sa victime sur les causes du comportement agressif.
4. **La phase de lune de miel** : le couple reprend une relation sans violence ni tension.

Après une installation insidieuse, les VPI ont tendance à s'intensifier et les violences deviennent de plus en plus graves. Le cycle s'accélère et s'intensifie. La phase de lune de miel raccourcit jusqu'à disparaître (21). Cette théorie a été élaboré uniquement auprès de femmes victimes de VPI, il semblerait que le processus des violences pour les hommes victimes de VPI soit plutôt linéaire. Il n'existerait pas de phase de justification ni de phase de lune de miel. Une fois les premières violences installées, il persisterait un climat de tension permanent entrecoupé de phases d'agressions (8).

c. La typologie des violences

Michaël P. Johnson, professeur en sociologie de l'Université du Michigan, a identifié quatre types de VPI (22).

- **Le terrorisme intime**

Il s'inscrit dans une dynamique où l'agresseur a recours à différentes stratégies, violentes ou non, afin de contrôler et de terroriser sa conjointe. Selon Johnson, les auteurs de ce type de VPI sont majoritairement des hommes. Le terrorisme intime peut entraîner des blessures sévères

chez les victimes, ainsi que des conséquences à court et à long termes sur leur santé physique et mentale, mais ayant également des conséquences économiques pour les victimes. La volonté de contrôle de l'agresseur augmente le risque de violences physiques (23). L'homicide des femmes en contexte conjugal est généralement l'aboutissement d'une dynamique de terrorisme intime.

- **La violence situationnelle**

Elle représente des épisodes de violence réciproque au sein du couple, sans tentative de contrôle, ni de supériorité d'un partenaire sur l'autre. C'est donc l'intention derrière les comportements qui la distingue du terrorisme intime. Les conflits augmentent en fréquence et en intensité, allant jusqu'à l'exécution de gestes violents. De manière générale, la violence situationnelle est le fait d'incidents isolés et circonstanciels, mais celle-ci peut aussi s'avérer chronique et sévère.

- **La violence réactive**

Elle se définit comme une violence ayant lieu en réaction à une agression de la part du partenaire dans le but de se protéger et non de contrôler. Cette violence a tendance à diminuer avec le temps, au fur et à mesure que la peur de l'agresseur s'installe chez la victime. A l'inverse, celle-ci peut, dans certains cas, aller jusqu'au meurtre du conjoint violent.

- **La violence de contrôle mutuel**

Elle correspond à une situation où chacun des partenaires tente de contrôler l'autre. Elle est constituée d'épisodes de violence où les deux partenaires sont violents de façon équivalente, ou violents chacun à leur tour.

L'idée portée par cette théorie est que les hommes sont plus souvent auteurs de terrorisme intime, alors que les femmes sont plus souvent auteurs de violence réactive en réponse au premier type de violence (22). Or, une étude montre que les femmes peuvent également être auteurs de terrorisme intime (24). Les violences de contrôle mutuel et les violences situationnelles sont utilisées autant par les hommes que par les femmes, et sont fréquemment regroupées en une seule entité dans les études.

III. Place du médecin généraliste

Face à un problème de santé publique tel que les VPI, le médecin généraliste a la mission de mener des actions pour diminuer son incidence par des mesures individuelles de prévention, pour favoriser son dépistage précoce et pour réduire les éventuelles séquelles (25). Il lui revient d'organiser le suivi et la coordination des soins du patient, en tenant compte des complexités de chaque situation. Cette prise en charge globale, centrée sur la personne, mobilise l'ensemble des compétences du spécialiste en médecine générale (annexe 2) et fait de lui un acteur central dans la prise en charge des victimes de VPI. Le rapport Henrion de 2001 rappelle les trois spécialités médicales en première ligne pour dépister les violences et accueillir les victimes : les médecins généralistes libéraux, les urgentistes, et les gynécologues-obstétriciens (26).

Pour sensibiliser les professionnels de santé, des outils utiles à leur pratique ont été élaborés. La HAS a publié en 2019 des recommandations sur le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple (27). La traduction récente du questionnaire Woman Abuse Screening Tool (WAST) par Candy Guiguet-Auclair et al. permet aux médecins généralistes de disposer désormais du premier outil de dépistage des VPI validé en France (annexe 3) (28). Le médecin généraliste est un acteur central dans le dépistage, et il a également un rôle pivot dans la prévention primaire et secondaire des victimes de VPI.

Le manuel européen Engage, créé en 2019, est destiné aux professionnels de première ligne en lien avec des auteurs de violences conjugales (professionnels de santé, travailleurs sociaux, forces de police, etc.). Il a pour but de prévenir les VPI en travaillant avec les auteurs sur leur comportement violent (29).

IV. Justification et objectifs de l'étude

Plusieurs travaux se sont intéressés à la relation médecin-patient et notamment aux obstacles à un dépistage en cabinet de ville des femmes victimes de VPI (30–33). Cependant, peu de recherches s'intéressant à la relation médecin-patient et à la prise en charge en soins primaires des hommes victimes ont été effectuées. Face au manque de ressources communautaires à disposition des hommes victimes pour les aider à sortir d'une situation de violences, il est essentiel que le dépistage, la prévention et la prise en charge par les médecins généralistes soient optimales, d'autant plus que les hommes tendent généralement à dissimuler leur statut de victime (7,34).

Compte tenu du rôle primordial du médecin généraliste, étant donné l'impact des VPI sur la santé, et devant le peu de travaux concernant les hommes victimes, il apparaît essentiel de s'intéresser à leur parcours en soins primaires.

Ainsi, l'objectif principal de notre étude est d'explorer le vécu de la prise en charge en médecine générale des hommes victimes de VPI. Les objectifs secondaires sont d'identifier les éventuels freins à la prise en charge en médecine générale et de proposer des axes d'amélioration.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Choix de la méthode

Issue des sciences humaines et sociales, la recherche qualitative appliquée au champ de la santé a pour objet spécifique d'étudier des points de vue, des représentations, des comportements et des déterminants. Elle peut permettre également d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins (soignants, patients, aidants) qui sont confrontés à des phénomènes nouveaux ou émergents. Plus globalement, elle a pour but d'aider à comprendre les phénomènes sociaux et culturels dans leur contexte « naturel ». Il ne s'agit pas de convertir des opinions en nombres, ni de quantifier des comportements, mais de décrire les actions individuelles ou collectives et éventuellement d'en saisir le sens. Il s'agit donc de prendre en compte des dynamiques, des processus et des modes de compréhension (35).

L'objectif principal de l'étude étant d'explorer le vécu de la prise en charge des hommes victimes de VPI par leur médecin généraliste, parmi les différentes perspectives théoriques de l'approche qualitative, l'analyse thématique de contenu nous semble la plus appropriée. Elle a pour but de transformer le texte multiforme et varié d'un entretien en une analyse unique et originale de son contenu autour de ses thèmes et sous-thèmes (36).

Une étude qualitative ne cherche pas à extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble de la population. Les informations issues de l'entretien doivent être validées par le contexte et non par la probabilité d'occurrence, il n'y a donc pas de notion de représentativité.

II. Population d'étude, recrutement et échantillonnage

La population étudiée est composée d'hommes majeurs victimes de VPI. Nous avons d'abord extrait la liste des hommes majeurs ayant été pris en charge à l'UMJ-CAUVA (Unité Médico-Judiciaire – Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression) du CHU de Bordeaux entre le 1er octobre 2019 et le 31 janvier 2021. Les hommes victimes ont ensuite été contactés par téléphone, au fur et à mesure, et invités à participer à notre étude après présentation de notre projet de recherche. Un échantillonnage ciblé a été réalisé, dans la mesure du possible, selon l'âge et l'orientation sexuelle.

III. Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé avec l'aide de notre directeur de thèse. Il n'était pas communiqué aux victimes interviewées. Pour les premiers entretiens, un guide exploratoire a été utilisé. Après chaque entretien, nous avons effectué un retour d'expérience entre chercheuses, ce qui a conduit à faire évoluer notre guide à quatre reprises (annexes 4 et 5).

IV. Réalisation des entretiens

Nous avons programmé un rendez-vous individuel avec les hommes volontaires, dont la date et le lieu étaient fixés à leur convenance. La moitié des entretiens a dû être effectuée en visioconférence étant donné le contexte sanitaire lié à la pandémie de COVID-19. Avec l'accord des patients, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Compte tenu de la thématique abordée, les entretiens ont été réalisés avec empathie. À l'issue, nous avons proposé aux victimes une réorientation médico-psychologique vers l'UMJ-CAUVA.

V. Recueil et analyse des données

Chaque entretien enregistré a été anonymisé puis retranscrit intégralement mot à mot, sur Microsoft Word® par les chercheuses. Tous les entretiens ont été analysés par un processus interprétatif. Ils ont été découpés en unité de sens correspondant aux verbatims. Les unités de sens ont été traduites en codes, reprenant l'intégralité du verbatim et son contexte. Un code pouvait correspondre à plusieurs verbatims. Le codage de chaque entretien a été effectué de façon indépendante par chaque chercheuse puis mis en commun, réalisant ainsi un double codage. La triangulation des chercheuses, en rassemblant et en interprétant les données à deux, a eu pour objectif de diminuer la subjectivité du codage (37).

L'ensemble des entretiens ainsi que les codes ont ensuite été traités dans le logiciel Nvivo® version 12.6.0 pour une meilleure lisibilité. Au fur et à mesure, les codes ont été regroupés en catégories pour former des thèmes. Le sentiment subjectif d'être à saturation des données a été atteint lorsque les entretiens n'apportaient aucun thème nouveau, et que la variabilité de l'échantillon était satisfaisante. La dernière étape de l'étude qualitative a été la modélisation des résultats sous forme d'une carte heuristique.

Pour chaque retranscription présentée, le caractère oral des discours a été supprimé et la syntaxe correcte à l'écrit a été retranscrite. Un prénom fictif a été donné à chaque homme.

VI. Commission d'éthique et consentement

Ce travail de recherche a fait l'objet d'une déclaration de conformité MR-004 auprès de la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (annexe 6). Il a reçu un avis favorable du Comité d'Éthique du CNGE. Les entretiens ont été réalisés après informations aux volontaires sur notre projet d'étude et signature d'un formulaire de consentement (annexe 7).

RÉSULTATS

Soixante-dix-huit hommes ont été pris en charge à l'UMJ-CAUVA entre le 1er octobre 2019 et le 31 janvier 2021. Parmi eux, trente-sept hommes victimes ont été sollicités par téléphone. Dix hommes n'ont pas donné suite aux messages laissés sur leur boîte vocale, six n'ont pas été joignables à cause d'un numéro de téléphone erroné ou non attribué, et huit hommes ont refusé de réaliser l'entretien.

Au total, treize entretiens individuels semi-dirigés ont été menés de novembre 2020 à mai 2021 : onze entretiens ont permis la saturation théorique des données et deux supplémentaires ont été réalisés pour la vérifier. L'âge moyen était de 45 ans, le plus jeune avait 35 ans, et le plus âgé avait 59 ans. Notre échantillon se composait de douze hommes hétérosexuels et d'un homosexuel. La durée moyenne des entretiens était de 38 minutes. L'ensemble des caractéristiques de notre échantillon est présenté en annexe 8.

I. Les violences

a. Formes des violences

Tous les hommes interrogés étaient victimes de violences psychologiques et verbales. Elles consistaient principalement en du rabaissement, des insultes, des reproches, des menaces, ou de l'indifférence.

« C'étaient des violences verbales, des insultes, des reproches, beaucoup de choses comme cela, tous les jours, tout le temps. [...] C'étaient reproches sur reproches, c'était l'enfer tout le temps que cela a duré. » Fabrice

La majorité des hommes rapportait des épisodes de violences physiques.

« Elle était assise sur le canapé, je lui ai parlé de choses qui me dérangent, elle m'a jeté une assiette que j'ai esquivée. Elle s'est jetée sur moi, elle m'a arraché mes lunettes puis elle m'a mordu. » Claude

Certains hommes étaient victimes de violences financières et administratives.

« Elle commençait à mettre dans sa poche tout l'argent que l'on gagnait. » Bertrand

« Elle ne veut pas me donner accès à notre compte de la CAF. Elle garde tous les mots de passe. » Jules

Les auteur(e)s empêchaient les hommes de s'occuper de leurs enfants.

« Elle ne me laissait même plus m'occuper du petit dernier, qui avait deux ans au moment des faits. Dès que je voulais le changer ou quoi que ce soit, elle me le récupérait, elle me l'arrachait des mains. C'était devenu fou. » Fabrice

b. Processus des violences

Les victimes pouvaient rattacher l'émergence des violences à la naissance d'un premier enfant après plusieurs années de vie commune, à l'alcoolisme de l'auteur, ou suite à la découverte d'une infidélité de l'auteur.

« Je pense que la raison de toute cette violence, c'est le fait que j'ai découvert qu'elle avait une relation avec un autre. » Fabrice

Les accès de violence surgissaient à la suite d'un désaccord, ou d'un manque de communication dans le couple. Certains hommes considéraient que la réaction violente des auteur(e)s était disproportionnée par rapport au désaccord. Ils estimaient que les motifs étaient le plus souvent futiles.

« Cela peut partir d'un rien, jusqu'au pugilat. Si je ne fais pas ce qu'elle dit, cela part plus loin. [...] Il faut faire suivant ses règles à elle, sinon on se dispute. » Igor

Les violences psychologiques et verbales se répétaient et s'intensifiaient. Les violences physiques apparaissaient secondairement. L'émergence des violences physiques favorisait la prise de conscience et le dépôt de plainte des hommes victimes de VPI.

« C'est une machine qui se met en place, c'est du verbal, verbal, verbal... jusqu'à la violence physique. » Grégoire

« En décembre, c'est la première fois qu'elle est allée trop loin, ce n'étaient pas des violences énormes, mais elle m'a mordu le visage. J'ai donc porté plainte parce que je ne voulais pas que cela aille plus loin. » Igor

Les violences pouvaient persister, voire se majorer après la séparation.

*« Devant tout le monde je me faisais insulter, elle me parlait mal, comme de la merde. Elle continue d'ailleurs même si l'on n'est plus ensemble. Il y a une semaine, je l'ai revue pour lui donner le sac avec les affaires des enfants, elle me l'a jeté à la figure devant tout le monde. »
Hervé*

c. Vécu des violences

• Réactions face aux violences

Les réactions face aux violences étaient hétérogènes. Certains étaient passifs, tandis que d'autres mettaient en place des conduites d'adaptation ou d'évitement.

« Elle me disait "il manque ça, tu as volé ça, tu es un voleur, tu es un gros con !" que des choses comme cela, et en plus devant les enfants. Moi, la seule chose que je fais, c'est que je ne dis rien et je la laisse faire. » Fabrice

« C'est pour moi et les enfants que je faisais cela. Je faisais un peu abstraction de mon épouse, parce qu'elle était dans son monde et on essayait de ne pas avoir de conflits, mais c'était très compliqué de ne pas en avoir. » Éric

Des hommes rapportaient avoir été sidérés face aux accès de violence.

« J'avoue que j'étais complètement désarçonné, quand j'ai reçu ce coup. [...] Je pense que pendant trente secondes je suis resté complètement immobile. » Denis

Parfois, il arrivait que la victime soit violente en retour.

« Donc je l'ai tapée. [...] Elle m'a tapé plusieurs fois dans notre vie, et moi je n'avais jamais fait cela. [...]. Je ne l'ai pas frappée fort. » Marc

- **Ressentis des violences**

Plusieurs hommes rapportaient un sentiment d'incompréhension sur le comportement violent de leur conjoint(e).

« Elle passait son temps à se foutre de moi, je ne sais pas pourquoi, et je ne le saurai probablement jamais. Et c'est ce qui fait le plus mal. [...] Ce qui est compliqué, c'est de ne pas le comprendre. Cela occasionne une souffrance supplémentaire à celle vécue pendant ces deux années. » Hervé

Ce sentiment était également présent lorsque l'auteur(e) des violences faisait de fausses allégations auprès des enfants ou des forces de l'ordre.

*« Je ne l'avais pas du tout touchée, et elle disait aux enfants “oui papa m'a frappée” puis elle se mettait assise en leur disant “en plus je suis tombée”. Bref c'était incompréhensible. »
Fabrice*

Les hommes ressentent de la colère, de la honte ou de la tristesse.

« Concernant les violences verbales et l'humiliation, c'est de la colère, c'est de la colère parce que cela ne fait jamais plaisir. » Denis

« Ce qui me fait mal, ce sont les mots qui blessent. Je préfère qu'elle me tape au lieu de me dire des mots qui me touchent en plein cœur. » Jules

La honte et la colère étaient plus intenses lorsque les violences avaient lieu devant les enfants.

« Le pire ce sont les insultes et le dénigrement devant les enfants, [...] je l'ai toujours très mal vécu. » Denis

Des sentiments de solitude et d'impuissance étaient rapportés.

« Je me sentais très pris en otage. » Bertrand

Certains craignaient pour leur intégrité physique.

« Je ne peux pas vivre avec elle de peur qu'il m'arrive quelque chose. » Claude

Quelques hommes minimisaient les violences, voire culpabilisaient.

« C'était une gifle, ce n'étaient pas non plus des coups de couteaux. » Bertrand

« Elle est toujours dans l'accusation et moi je suis toujours dans la culpabilité » Hervé

- **Retentissements des violences**

Certaines victimes présentaient des éléments psycho-traumatiques comme des symptômes d'intrusion. Les souvenirs envahissants et les reviviscences des scènes de violence étaient fréquents.

« Alors on oublie, on essaie d'oublier, mais il y a toujours ces images qui reviennent. C'est dur. » Éric

L'anxiété générée retentissait sur la vie professionnelle de certains.

*« A un moment donné, j'étais au travail et je commençais à ne plus être bon, parce que je n'étais plus concentré sur mes soins. [...] J'étais dans mes idées, accaparé par tout cela. »
Bertrand*

Il arrivait que quelques hommes aient des pensées suicidaires.

« J'en avais tellement marre, j'étais prêt à en finir. A un moment donné, elle m'a dit « écoute, fais ce que tu veux, mais surtout ne le fais pas devant les enfants et ne le fais pas à la maison » [...] je n'en pouvais plus, vraiment, j'aurais pu sauter du 17ème étage, c'est clair, tellement cela me rendait fou. » Hervé

II. Révélation des violences

a. Facteurs influençant la révélation

La plupart des hommes ne révélait pas immédiatement les violences. L'accumulation était un facteur favorisant et conduisait à la révélation.

« J'ai vécu plus d'un an et demi à taire les choses et à les garder pour moi. Elle m'a tellement rendu dingue que j'avais besoin d'en parler. » Hervé

Le caractère insidieux des violences pouvait retarder la prise de conscience du statut de victime.

« On ne s'en aperçoit pas, on a notre quotidien entre le travail et les enfants. C'est le médecin du CAUVA qui m'en a parlé, moi je ne voyais rien. On ne voit rien de toute façon. » Éric

La difficulté à identifier une personne ressource freinait la révélation des violences.

« On ne sait pas trop comment réagir [...], à qui en parler, à qui ne pas en parler, on est un peu seul. Donc effectivement, quand c'est arrivé, je n'en ai pas du tout parlé. » Fabrice

Les représentations sociales pouvaient compliquer la révélation des violences.

« Cadre supérieur, cela signifie quand même une certaine place dans la hiérarchie, vous ne pouvez pas dire que vous vous faites battre par votre femme. » Éric

Pour certains hommes, la fin de la relation permettait la libération de la parole.

« C'est plus facile d'en parler, parce que c'est terminé en fait. » Éric

Enfin, le cabinet médical pouvait être considéré comme un lieu sécurisant facilitant les révélations.

« Chez le médecin, c'est un endroit un peu sécurisé où l'on a l'impression que l'on peut dire ce que l'on veut. » Denis

b. Personnes ressources

La majorité des hommes révélait les violences subies à son entourage proche, notamment sa famille et ses amis, ou bien à des collègues de travail et des parents d'élèves. Certains se sentaient soutenus, tandis que d'autres avaient le sentiment de ne pas être entendus.

« Il a fallu que je sois très fort psychologiquement, avec une famille qui était autour de moi pour m'aider, pour que je ne pense pas au suicide. » Denis

« Dès que je voulais expliquer ce qu'il m'était arrivé à nos amis communs, c'était "non", personne ne voulait m'écouter. [...] Du coup j'ai trouvé des gens à qui parler parmi les parents d'élèves, parce que là, au moins, j'étais écouté. » Fabrice

Quelques hommes n'ont quant à eux jamais confié les violences subies à leur entourage.

Certains ont évoqué le sujet des violences subies avec leur médecin généraliste.

« Quand je suis allé chez le docteur, je lui ai dit que ma femme m'avait tapé. » Jules

Pour d'autres, le médecin généraliste n'était pas une personne ressource.

« Non je n'ai jamais parlé avec mon médecin. Je n'ai jamais parlé de la violence physique avec mon médecin, ni montré... c'est vraiment à la fin que j'ai su que c'était cela que je devais faire. » Marc

Les forces de l'ordre étaient parfois les premiers informés des violences subies. Les associations de victimes ou les groupes de parole permettaient à quelques hommes de se libérer d'un poids.

« A l'époque, je faisais partie d'une association qui s'appelle SOS Papas. » Denis

« Le seul moyen finalement d'alléger un peu cette situation, c'était de discuter avec d'autres personnes qui ont vécu, pas le même cas que moi, mais qui ont quelques points communs, donc on a pu échanger. » Fabrice

Enfin, quelques hommes s'en référaient à une médiatrice.

« J'ai appelé la médiatrice [...]. Il fallait qu'une tierce personne vienne dans la maison pour nous aider, parce que là, cela partait n'importe comment. » Bertrand

III. Parcours médical

a. Prise en charge par le médecin généraliste

- **Motif de la consultation**

Les VPI étaient évoquées au médecin généraliste lors de consultations dont le motif pouvait être en lien direct ou non avec les violences. Il pouvait s'agir d'une demande de rédaction d'un certificat médical de coups et blessures (CCB).

« Quand j'ai subi les violences, je suis allé faire constater toutes les griffures que j'avais sur moi pour faire un certificat médical. » Bertrand

D'autres hommes consultaient leur médecin pour exprimer leurs difficultés psychologiques.

« J'en ai parlé à mon généraliste, parce qu'au début, ça n'allait vraiment pas. Même avant toutes ces violences, quand elle m'a annoncé qu'elle me quittait, c'était vraiment super dur à ce moment-là. Elle ne me faisait que des reproches, y compris sur des choses que je n'avais jamais faites. » Fabrice

Enfin, il arrivait que des victimes consultent pour un motif indirect, lorsque les violences avaient un retentissement psychosomatique.

« Je suis allé le voir parce que j'avais mal au ventre, j'avais des relents. [...] Je me connais, dès que j'ai trop de stress ou trop d'angoisses, [...] mon côté faible, c'est l'estomac. » Kevin

- **Déroulement de la consultation**

Tous les hommes ayant évoqué les VPI avec leur médecin généraliste obtenaient un CCB. Les médecins généralistes pouvaient donner des conseils concernant la manière de gérer les conflits conjugaux.

« Il m'a dit "oui prenez du temps, essayez de vous séparer, pour voir un peu comment cela peut se passer". » Albert

« Il a dit des choses qui m'ont parlé [...] quand je lui ai expliqué la situation, il m'a dit qu'effectivement, c'était un événement qui s'apparentait à un deuil, qu'il ne fallait pas forcément accepter mais qu'il fallait apprendre à vivre avec. » Fabrice

Lorsque les violences avaient un retentissement psychique, certains hommes recevaient une prescription de médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs.

« Le médecin traitant m'a prescrit quelques calmants, pas beaucoup. » Fabrice

La proposition d'une prise en charge psychologique spécialisée faisait partie intégrante des consultations.

« C'est comme cela qu'il m'a envoyé chez un psychologue. » Kevin

Pour la majorité des hommes, le suivi psychologue permettait la prise en charge de la souffrance psychique.

« Chez un psy, on peut évacuer les émotions. Il nous écoute et nous pose quelques questions. » Éric

Certains n'ayant jamais consulté de psychologue exprimaient des regrets.

« Je pense que j'aurais mieux vécu le traumatisme, et j'aurais été mieux accompagné pendant cette période, par un psychologue ou un psychiatre. » Laurent

b. Vécu de la prise en charge médicale

• **Relation médecin-patient**

Plusieurs hommes confiaient avoir une bonne relation de soin avec leur médecin généraliste.

« Il est très gentil, très abordable, on peut parler avec lui. » Grégoire

« J'ai un généraliste, c'est le meilleur médecin du monde. » Kevin

A l'inverse, quelques-uns n'étaient pas satisfaits de cette relation.

« Auparavant, j'ai eu des docteurs qui étaient plus humains que cela, lui, on dirait qu'il s'en fout, voilà. » Claude

• **Ressentis de la prise en charge médicale**

Différents vécus de la prise en charge médicale étaient exprimés. Plusieurs hommes en étaient satisfaits car ils considéraient que leur médecin généraliste avait répondu à leurs attentes.

*« Je pense que mon médecin généraliste a fait ce qu'il avait à faire à ce moment-là. »
Grégoire*

Des hommes appréciaient que leur médecin les écoute, sans apporter de jugement.

« Il a bien joué son rôle dans le sens où il m'a écouté, c'est le plus important. [...] Il m'a écouté sans juger. » Kevin

D'autres hommes avaient le sentiment que leur médecin ne s'impliquait pas dans la prise en charge, ou bien qu'il ne les comprenait pas.

« Les médecins ne font rien, tout ce qu'ils font c'est donner des certificats médicaux et dire "Allez raconter tout ça à la police". » Jules

« Elle ne comprenait pas qu'il puisse y avoir des problèmes dans notre couple, elle trouvait cela surprenant. » Marc

Certains avaient l'impression que leur médecin était dépassé.

« Je vais être un peu dur, mais cela dépend sur quel médecin on tombe [...]. Je le sentais complètement dépassé. » Albert

D'autres pensaient que leur médecin manquait d'empathie ou de « compétences » en psychologie lors de l'interrogatoire. Cela pouvait limiter la prise en charge médicale ainsi que l'orientation vers des structures d'accompagnement adaptées.

*« Peut-être que si elle avait eu plus de compétences psychologiques [...] elle aurait pu poser les questions adéquates, pour pouvoir comprendre qu'il y avait un problème et me guider. »
Marc*

Quelques hommes trouvaient que leur médecin n'avait pas été utile.

« Il n'a rien géré du tout, [...] il n'a rien fait de particulier. » Albert

Un manque de suivi après la révélation des violences pouvait être reproché au médecin généraliste.

« Il aurait peut-être pu me dire “on se revoit dans une semaine ou quinze jours”, histoire de dire “revenez quand même, on va en reparler.” » Grégoire

IV. Représentations et missions attribuées au médecin généraliste

Concernant la prise en charge des hommes victimes de VPI, il apparaissait plusieurs rôles ou missions attribués au médecin généraliste.

Il était considéré comme l'aidant de premier recours.

« Un médecin est vraiment important. C'est la première personne de proximité que l'on peut aller voir, et auprès duquel on peut se livrer, et avoir une première écoute, [...] celle qui va permettre de se libérer de ce poids, de cette pression. » Hervé

Il était majoritairement perçu comme un professionnel devant être à l'écoute.

« Pour moi, il doit avoir un rôle d'écoute, puisque ça participe quand même à la santé du patient. Il n'y a pas que le fait de traiter le physique, il y a aussi le mental, et c'est super important. » Hervé

Pour certains hommes, il n'existait pas de sujet tabou avec leur médecin traitant.

« Je n'ai pas honte avec les médecins, à partir du moment où j'ai un problème et que je pense qu'ils peuvent le résoudre, je n'ai pas trop d'hésitation à l'évoquer. » Denis

Certains hommes souhaitaient que le médecin généraliste ait un rôle de médiateur au sein du couple.

« J'aurais aimé qu'il convoque ma moitié pour faire un peu le médiateur, pour dire ce qui va et ce qui ne va pas, une espèce de consultation à deux. » Albert

Quelques hommes rapportaient que le médecin généraliste pouvait prendre en charge à lui seul la souffrance psychique.

« S'ils sont à l'écoute, ils peuvent vous aider, et dans ce cas-là vous n'avez pas besoin d'aller voir le psy. » Albert

A l'opposé, d'autres jugeaient que celui-ci n'avait pas un rôle d'écoute et ne pouvait pas les prendre en charge lorsque les violences étaient de nature psychologique.

« Pour moi, un généraliste ce n'est pas son rôle, [...] il sert juste sur le plan physique, et pas sur le plan moral. » Igor

« Je pense que si cela avait été des violences physiques, je l'aurais peut-être consulté. Vis-à-vis des violences verbales, pour moi, ce n'était pas pertinent d'en parler à un médecin. [...]

Ce n'est pas son domaine, entre guillemets. » Denis

Des hommes limitaient le rôle du médecin généraliste à celui de constater et de soigner les lésions.

« En tant que victime, si tu vas voir le médecin, c'est pour faire constater les blessures. » Igor

Plusieurs hommes considéraient que le médecin généraliste avait également une mission d'orientation vers des psychothérapeutes ou des associations de victimes.

« Juste le simple fait de donner une adresse et un numéro de téléphone, cela me paraîtrait pertinent. » Denis

Ils estimaient que le médecin était en mesure d'accompagner les victimes dans les démarches médico-judiciaires, voire de faire un signalement.

« C'est peut-être au médecin de [...] faire avancer les choses, d'accompagner le patient dans sa démarche, d'être plus proactif, et puis de porter plainte, ou aller chercher de l'aide dans un autre endroit que dans son cabinet. [...] Le médecin peut orienter vers des centres comme le CAUVA. » Denis

Certains hommes pensaient que le médecin généraliste devait convoquer à nouveau les victimes après la révélation des violences.

« Il faut peut-être un suivi, [...] pour conseiller et puis demander « comment ça se passe ? », afin de prendre des nouvelles. » Grégoire

Les hommes n'ayant pas consulté leur médecin généraliste au sujet des VPI estimaient que le celui-ci n'avait aucun rôle à jouer dans la prise en charge des violences, et n'avaient donc pas d'attente de sa part.

« Je ne lui ai pas expliqué, parce que je n'en voyais pas l'utilité, je ne voyais pas ce qu'il pouvait faire ou ce qu'il pouvait dire, je ne sais pas... je ne l'ai pas fait. » Laurent

« Non, je n'attends rien de leur part, qu'est-ce que vous voulez qu'ils fassent ? » Claude

V. Ressenti de genre

a. Par rapport à la société

Tous les hommes estimaient que le statut d'homme victime de VPI était moins reconnu que celui des femmes. Les violences subies par les hommes seraient plus taboues.

« Personne ne sait, personne n'en parle, je pense que les hommes là-dessus ils sont assez discrets, ils n'osent pas en parler, donc effectivement, personne ne le sait. » Fabrice

Quelques hommes considéraient qu'il était moins compliqué pour une femme de parler des VPI subies. Elles sembleraient être perçues comme plus faibles et incapables d'être violentes envers un homme.

« Les hommes sont très souvent, trop souvent, accusés de violence et rarement identifiés comme victimes potentielles. C'est certainement dû au statut des femmes, d'être considérées plus faibles que les hommes. » Fabrice

« En général, je pense que quand on parle de violences d'une femme sur un homme, il y a beaucoup de personnes qui vont se poser des questions "ah mais comment est-ce possible qu'une femme ait été violente sur un homme ?". » Laurent

La majorité des hommes pensait qu'il était, à l'inverse, difficile pour un homme d'être vu comme potentielle victime. Ils reprochaient que l'homme soit catalogué comme un être fort et autoritaire par la société, donnant par conséquent une image d'agresseur.

« Il y a le poids de la société, quand on est un homme on est censé être fort, solide, on ne craint personne, il ne faut surtout pas montrer ses faiblesses. Je pense qu'il y a cela aussi qui joue beaucoup. » Denis

b. Par rapport aux forces de l'ordre et au système judiciaire

Plusieurs victimes déploraient un manque de considération des hommes par rapport aux femmes dans le système judiciaire vis à vis des VPI. Ils trouvaient que les forces de l'ordre et la justice allaient systématiquement dans le sens des femmes.

« Je pense que l'on est dans cette situation aujourd'hui, où une bonne partie des juges donnent systématiquement raison à la mère. [...] Elle va systématiquement dans le sens des femmes [...]. Les cas où l'on donne raison aux hommes, ce sont des cas extrêmes où la mère a déconné. » Denis

Certains se sentaient injustement sanctionnés lors des procédures judiciaires, concernant notamment la décision de garde des enfants et l'attribution temporaire du domicile.

« Je trouve qu'il y a vraiment un acharnement sur les pères, et c'est ce que j'ai vécu. Je demande depuis des années la garde de mes enfants, mes enfants la demandent aussi, ils ont été entendus par le juge, et je n'arrive pas à l'obtenir. » Denis

« Le juge m'a refusé tout ce que j'ai demandé, et il lui a accordé tout ce qu'elle voulait. [...] En janvier, on m'a dit « vous allez chez madame, vous prenez vos affaires et vous fichez le camp ». » Laurent

Plusieurs hommes avaient le sentiment de ne pas être reconnu en tant que victime.

« La police ne m'a pas écouté. Quand vous avez un agent de police qui vous rit au nez en vous disant que les formulaires de décès concernent plutôt les femmes, avec un sourire amusé, c'est plus que moyen. Je l'ai très mal vécu. » Hervé

Dans les cas d'accusations mutuelles de VPI, les hommes ressentaient avoir été perçus systématiquement comme coupables.

« Dans mon cas, la plainte a été dans les deux sens, et du coup on a cru que madame, et pas moi. » Hervé

La majorité des hommes s'offusquait de l'absence d'impunité de leurs conjoint(e)s dans les décisions de justice.

« Je pense que la justice à une énorme responsabilité dans les affaires de violences conjugales. Même en ayant un certificat, des témoins, et de multiples éléments, on ne m'a pas donné raison. Il n'y a même pas eu un rappel à la loi pour madame [...]. Je ne comprends pas. C'est juste aberrant. » Denis

c. Par rapport aux médias

Certains hommes estimaient que les messages de prévention (prospectus, affiches placardées) s'adressaient uniquement aux femmes victimes.

« Vous voyez à la gendarmerie, vous rentrez en salle d'attente, et qu'y-a-t-il accroché au mur ? « Femme victime de violence, appelez tel numéro ». » Bertrand

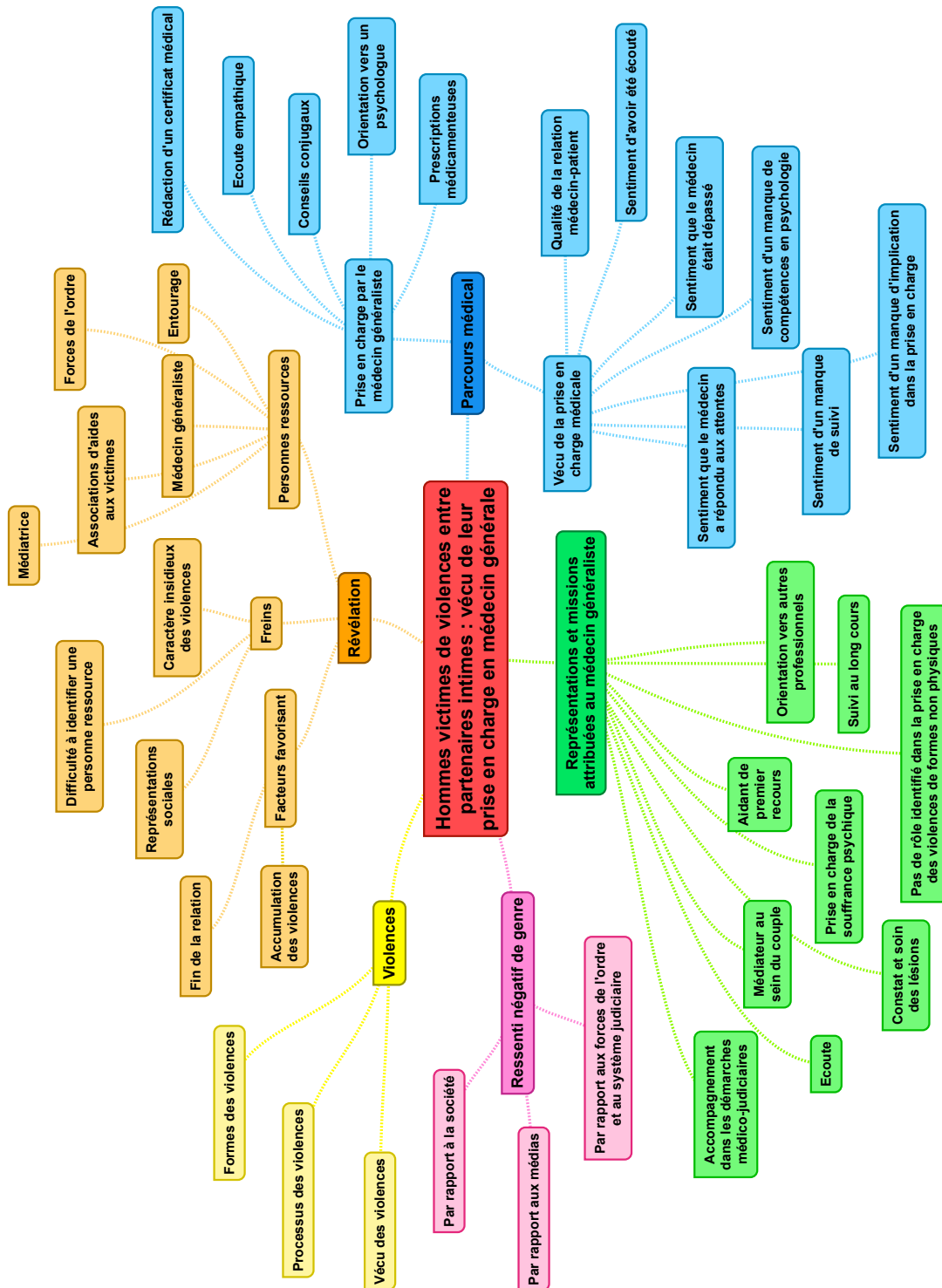
« Ils m'ont donné plein de tracts où ça ne parlait que de violences conjugales pour les femmes, [...] et ils n'avaient aucun document qui parlait de violences conjugales en général. » Grégoire

Les médias relateraient uniquement les cas de VPI envers les femmes.

« Je pense qu'il ne se passe pas une semaine sans que j'entende dans les médias, d'une façon ou d'une autre, parler de violences faites aux femmes, et je n'entends jamais parler de violences faites aux hommes. » Denis

VI. Carte heuristique

Une synthèse schématique de nos résultats a été réalisée sous forme de carte heuristique (ci-dessous). Elle permet une lecture simplifiée des thèmes et idées issues de notre analyse.



DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

a. Forces

Notre sujet d'étude et la méthode utilisée sont originaux. Peu de travaux de recherche s'intéressent aux hommes victimes de VPI. De plus, ces travaux sont principalement quantitatifs et ne permettent pas de comprendre le vécu. La triangulation des chercheuses, pour la validation interne, permet d'améliorer la qualité des résultats obtenus en réduisant la subjectivité. Enfin, notre échantillon est diversifié de par l'âge et les catégories socioprofessionnelles.

b. Limites

Une des principales limites de notre travail est le recrutement. Malgré nos sollicitations d'associations d'aide aux victimes¹, aucun homme n'a pu être recruté par cette voie. Seuls des hommes victimes ayant été pris en charge à l'UMJ-CAUVA du CHU de Bordeaux ont pu être inclus. Le recrutement ne représente donc pas la part d'hommes victimes de VPI n'ayant pas révélé les violences aux forces de l'ordre ou engagé de procédure judiciaire. De plus, un seul des hommes interviewés était homosexuel.

Par ailleurs, l'intégrité de nos résultats peut être mise en doute par d'éventuels biais de mémorisation des victimes, voire la modification ou la dissimulation volontaire d'informations par certains hommes. Cette limite est liée au recueil de données subjectives que sont leurs propos.

Notre travail peut également contenir des biais de subjectivité des chercheuses, liés entre autres aux émotions provoquées par les histoires de vie des victimes. Enfin, le sexe féminin des investigatrices a pu influencer le discours des victimes.

¹ Vict'Aid et Al Prado 33

II. Objectifs

Cette étude a permis d'explorer le vécu de la prise en charge en médecine générale des hommes victimes de VPI. Chacun d'entre eux a un vécu unique de son parcours et de sa prise en charge, conditionné notamment par le rôle qu'il attribue au médecin généraliste et par ses représentations de la relation médecin-patient.

La perception des missions du médecin généraliste a un impact significatif sur la révélation des violences. Lorsqu'il est perçu par les victimes comme un acteur central dans la prise en charge, les missions d'écoute, de certification médicale, de soins et d'orientation lui sont attribuées. Cela facilite alors la révélation et permet d'initier la prise en charge médico-psycho-sociale. A l'inverse, certains hommes victimes n'identifient pas le médecin généraliste comme une personne ressource. Ils limitent ses missions à un simple constat des lésions et s'abstiennent d'évoquer les violences subies lorsqu'elles sont psychologiques. Ils tendent à dissimuler les violences et leurs mécanismes traumatiques. Force est de constater que malgré les campagnes nationales de communication et de sensibilisation, le rôle pivot du médecin généraliste dans la prise en charge des victimes reste encore insuffisamment connu des hommes victimes. Ceci pourrait être expliqué en partie par l'orientation presque exclusive de ces campagnes vers les femmes (4,38,39). Se reconnaître comme homme battu est particulièrement difficile puisque cela porte atteinte aux caractéristiques identitaires d'homme fort et protecteur attribuées par notre société (34). Le processus chronique et insidieux des VPI complexifie également la révélation compte tenu des difficultés à identifier les violences (8).

Bien que le médecin généraliste apparaisse avant tout comme un acteur de soins et plus rarement comme un acteur de santé publique (40), son rôle dans le dépistage des VPI est aujourd'hui essentiel, d'autant plus que le déni et la dissimulation des violences constituent un frein majeur à celui-ci (41). Devant des lésions suspectes de par leur typologie et leur topographie, comme des hématomes d'âges différents, des traumatismes ostéo-articulaires à répétition ou des mécanismes discordants avec la clinique, le médecin doit suspecter des VPI. Au vu de la relation médecin-patient qu'il a établi et du climat de confiance qu'il a instauré, il appartient au médecin de déterminer le moment opportun pour poser la question d'éventuelles VPI et ainsi les dépister. Une réaction perçue négativement par une victime inhiberait la révélation et entacherait la relation médecin-patient (32,42). De manière plus globale, la réaction inadaptée de toute personne impliquée dans la prise en charge de ces victimes peut

avoir des répercussions sur les révélations et la prise en charge (43). Le médecin généraliste dispose aujourd'hui d'un outil validé pour le dépistage des VPI, le questionnaire WAST, créé pour le repérage précoce des femmes victimes, mais n'ayant pas été validé chez les hommes (annexe 3). Dans une étude descriptive multicentrique récente, 90% des femmes victimes interrogées affirment être favorables au fait que le médecin généraliste aborde la question des VPI et considèrent que ce dépistage fait partie de son rôle (44,45).

L'instauration d'une relation de confiance, basée sur le secret médical, est un facteur déterminant de la révélation des VPI. La perception d'un médecin bienveillant et empathique renforce ce lien de confiance. Cependant, bien que considérant avoir une bonne relation de soin, certains hommes n'ont pas révélé les VPI à leur médecin. Cela pourrait être dû à une méconnaissance des limites du secret médical. Par ailleurs, la modification du Code Pénal en juillet 2020 permet désormais au médecin de signaler au procureur de la République une situation de VPI en cas de danger immédiat et d'emprise, et ainsi déroger au secret médical sans l'accord de la victime. Ce changement, perçu comme une avancée dans la lutte contre les VPI, peut engendrer une rupture du lien de confiance et limiter la libération de la parole des hommes victimes. Les femmes expriment notamment un besoin du respect de la confidentialité lorsqu'elles révèlent les violences (46). Il serait intéressant d'évaluer la répercussion de cette évolution de la loi sur la prise en charge des victimes par les médecins généralistes.

Certains hommes victimes considèrent leur médecin comme étant dépassé par la complexité de la prise en charge médico-psycho-sociale. Ils ont le sentiment que leur médecin généraliste est impuissant face à ces situations et qu'il est limité dans sa prise en charge. Plusieurs freins ont été identifiés par les médecins : le manque de temps, de disponibilité, d'outils de dépistage, de formations sur la problématique des violences, et de connaissance du réseau (47). Deux mesures du Grenelle des violences conjugales organisé par le gouvernement en octobre 2019, ont pour but de pallier ces limites (6). Il s'agit d'abord de créer une cartographie des professionnels et des structures engagées dans la prévention et la prise en charge des victimes de VPI afin d'aider les médecins à orienter les victimes, et de mettre à disposition des professionnels de santé un outil d'évaluation de la gravité et de la dangerosité des situations de VPI valide adapté à la population française. Un outil d'aide à la prise en charge des femmes victimes de VPI en médecine générale² a été élaboré par le Département de Médecine Générale de Clermont-

² <https://decliviolence.fr>

Ferrand. Il contient des fiches pratiques pour permettre au médecin généraliste de repérer les victimes, d'aborder et d'évaluer les violences, de constater les lésions et d'orienter les femmes victimes. Une carte interactive a été créée afin de rechercher les structures d'aides aux victimes par département (associations, hébergement d'urgence, services médico-judiciaires). Cependant, cette carte est encore incomplète pour la majorité des régions. Cet outil pourrait être utilisé pour la prise en charge des hommes victimes de VPI.

En France, la formation des médecins généralistes sur la prise en charge des VPI en soins primaires, par le biais de la formation médicale continue, a montré un meilleur repérage et une meilleure attitude face aux victimes (48). Néanmoins, l'impact réel de ces formations sur l'amélioration de la prise en charge victimes de VPI reste discuté (49). D'autant plus qu'il apparaît difficile pour les médecins généralistes de se former régulièrement sur toutes les situations de santé auxquelles ils risquent d'être confrontés dans leur exercice.

La prise en charge de la souffrance psychique est une étape essentielle dans le parcours de soins des victimes de VPI. Les médecins généralistes orientent fréquemment les victimes vers des psychologues après la révélation d'autant plus que pour celles-ci, cette prise en charge semble être du ressort du psychologue. Le suivi psychologique permet la plupart du temps d'apaiser la souffrance psychique, et certains hommes émettent des regrets lorsqu'ils n'y ont pas eu recours. Le coût de la prise en charge et du suivi par un psychologue peut être un frein pour les victimes. L'annonce gouvernementale lors de la clôture des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie le 28 septembre 2021, à savoir le remboursement par l'Assurance maladie de séances d'accompagnement à compter de 2022 sur adressage d'un médecin, pourrait faciliter l'accès à ce professionnel de santé (50).

Les représentations sociales propres à chaque genre contribuent à complexifier la prévention, le dépistage et la prise en charge des hommes victimes de VPI. Elles compliquent leur parcours médical. Les hommes ont le sentiment que leur statut de victime est moins reconnu par la société que celui des femmes. Le stéréotype de l'homme fort, autoritaire et puissant le place en tant qu'agresseur, et celui de la femme faible, obéissante et fragile, en tant que victime (8,34). Cela participe au tabou des VPI à l'encontre des hommes. Ces représentations impactent également l'éventuelle révélation auprès des forces de l'ordre qui sont parfois les premières informées des violences. Afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge des victimes de VPI par les autorités judiciaires, plusieurs mesures du Grenelle des violences conjugales ont été proposées : la création de postes d'intervenants sociaux dans les gendarmeries, l'instauration

d'une formation renforcée à l'accueil des femmes victimes de VPI par les gendarmes et la diffusion d'un document d'information auprès de toute victime se rendant dans un commissariat (6).

Certains hommes victimes estiment que le traitement médiatique des VPI ainsi que les ressources communautaires d'aides aux victimes sont destinées presque exclusivement aux femmes (4,19). En effet, il n'existe pas de numéro spécifique pour les hommes victimes de VPI contrairement au 3919 pour les femmes (51). D'autre part, la journée internationale de lutte contre les violences, le 25 novembre, est consacrée aux femmes victimes.

Une approche de la problématique des VPI comme une violence domestique plutôt qu'une violence de genre permettrait une meilleure reconnaissance et contribuerait à une prise en charge médicale, sociale, et judiciaire, mieux adaptée. Une enquête européenne s'intéressant aux victimes en tant qu'individu et non en tant que genre, est en cours. Son objectif est d'apporter une description détaillée des victimes ainsi que celle des violences subies en interrogeant les hommes et les femmes victimes de violences interpersonnelles (52).

Concernant le mécanisme des violences, il n'a pas été rapporté de vécu pouvant se rapprocher d'une phase d'excuse ou de justification. Il n'y avait pas de responsabilisation de la victime. Les hommes ne se percevaient pas comme seul responsable des violences de l'agresseur. Pour autant, ils minimisaient les violences subies et s'interrogeaient sur leur légitimité à déposer plainte. Contrairement aux femmes victimes de VPI, les hommes subissent principalement des violences psychologiques (53). La femme violente utilise parfois les enfants pour atteindre l'homme et tenter de détruire la relation père-enfant (34). Les hommes mettent en place des stratégies d'adaptation, de dénégation et de déguisement pour limiter et dissimuler les violences (8). Il arrive qu'ils soient auteurs de violence réactive dans le but de se protéger, comme leurs homologues féminins (22). A l'inverse des violences physiques, les violences psychologiques sont plus subjectives et donc difficilement objectivables. Ce caractère insidieux des violences est responsable du retard de prise de conscience du statut de victime. La reconnaissance de ce statut survient généralement à l'apparition des violences physiques qui semble constituer le seuil de l'intolérable. Afin d'aider les victimes à identifier la violence au sein de leur relation conjugale, le centre Hubertine Auclert, centre francilien pour l'égalité hommes-femmes, a créé en 2018 le « violentomètre », outil de mesure pour graduer la VPI (annexe 9).

III. Perspectives

Afin d'aider le dépistage des hommes victimes de VPI par les médecins généralistes, le développement d'outils non genrés ou adaptés aux hommes, et validés scientifiquement, pourrait-être opportun.

Pour permettre une prise en charge optimale de ces victimes par les médecins généralistes, il apparaît nécessaire d'identifier les différents acteurs et de clarifier leur mission. Un guide, propre à chaque département, et référençant les ressources territoriales (assistants sociaux, psychologues spécialisés, associations d'aide aux victimes, juriste) pourrait être créé et mis à disposition de l'ensemble des médecins généralistes de la région. Cela faciliterait son rôle pivot dans la prise en charge.

Par ailleurs, du fait que les VPI soient un problème de santé publique fréquent, mais délicat à aborder en consultation, une sensibilisation particulière des internes en médecine générale est primordiale. Afin d'aider les étudiants à appréhender ce sujet des mises en situation clinique pourraient être proposées.

Enfin, la mise en place de campagne d'information non genrée et d'une journée des victimes de violences domestiques pourrait sensibiliser la société aux VPI quel que soit le sexe de l'auteur et de la victime.

CONCLUSION

Le vécu du parcours en médecine générale des hommes victimes de VPI dépend notamment des rôles et missions qu'ils attribuent à leur médecin généraliste, de la qualité de la relation de soin et de la prise en charge réalisée.

Le médecin généraliste a un rôle pivot, centré sur le patient, dans la prise en charge des victimes de VPI. Il se doit d'être polyvalent en alliant des capacités d'investigation, des compétences médicales et des qualités relationnelles. La coordination des soins par l'orientation des victimes vers des structures ou professionnels adaptés est essentielle.

Les modifications récentes de l'article 226-14 3° du code pénal et la mise à disposition d'outil de dépistage sont des avancées majeures dans la prise en charge. Néanmoins, les hommes victimes de VPI souffrent encore d'une discrimination négative de genre. Une levée du tabou paraît nécessaire pour changer les représentations sociales. Elle passe par l'information, la sensibilisation, la médiatisation et l'évolution des perceptions des rapports sociaux entre les deux sexes.

Une étude qualitative, auprès des médecins généralistes, pour identifier les difficultés à la prise en charge globale ainsi qu'au suivi des victimes de VPI, pourrait permettre d'identifier les éventuels freins et de proposer des axes d'amélioration.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee. Couple au sein d'un ménage (recensement de la population) [Internet]. 2020 [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1368>
2. MIPROF. Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Document%2011.pdf>
3. Cavalin C, Albagly M, Mugnier C, Nectoux M, Bauduin C. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. BEH 22-23 Violences au sein du couple. 19 juill 2016;390-8.
4. Ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes, de la diversité et de l'égalité des chances. Le sexisme tue aussi. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) [Internet]. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019/>
5. Code pénal. Article 226-14 [Internet]. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193510/
6. Gouvernement. Un Grenelle et des mesures fortes contre les violences conjugales [Internet]. 2019 [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/un-grenelle-et-des-mesures-fortes-contre-les-violences-conjugales>
7. Ullmann E. Témoignages d'hommes victimes de violences conjugales : se libérer du tabou, rôle du médecin généraliste. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
8. Bontoux E, Ploquin C, Telmon N, Savall F, Gimenez L. Vécu des hommes victimes de violences conjugales : étude qualitative au sein de l'unité médicojudiciaire de Toulouse. Rev Médecine Légale. 1 sept 2020;11(3):92-9.
9. Lechevalier A. Les hommes victimes de violences conjugales : Étude rétrospective de 2005 à 2014 au sein de l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Toulouse. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016.
10. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. 2020 [cité 30 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>

11. Savall F, Vergnault M, Bascou A, Telmon N. Accueil des victimes de violences au sein du couple dans le contexte d'épidémie de COVID-19. *Presse Médicale Form.* oct 2020;1(4):334-6.
12. Ministère de l'Intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2020 [Internet]. 2021 [cité 30 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/actualites/dossiers/mobilisation-contre-violences-intrafamiliales/etude-nationale-sur-morts>
13. Amnesty International Belgique. Chiffres sur la violence conjugale [Internet]. [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/les-violences-conjugales/article/chiffres-violence-conjugale>
14. Centers for Disease Control and Prevention. Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Widespread in the US [Internet]. 2011 [cité 30 sept 2021]. Disponible sur: https://www.cdc.gov/media/releases/2011/p1214_sexual_violence.html
15. Victims First. Domestic Abuse [Internet]. [cité 30 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.victims-first.org.uk/crime-info/guidance-and-support/domestic-abuse/>
16. Gouvernement du Canada SC. Violence entre partenaires intimes au Canada, affaires déclarées par la police, 2018 [Internet]. 2018 [cité 30 sept 2021]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00018/02-fra.htm>
17. OMS - Rapport mondial sur la violence et la santé: résumé. Organisation mondiale de la santé; 2002.
18. OMS. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. La violence exercée par un partenaire intime. 2012.
19. Gouvernement. Violences au sein du couple [Internet]. [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-au-sein-du-couple>
20. Walker LE. The battered woman syndrome. 3ème ed. New York: Springer; 2009.
21. Institut National de Santé Publique du Québec. De quoi parle-t-on? [Internet]. [cité 2 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/de-quoi-parle-t-on>
22. Johnson MP. A Typology of Domestic Violence: Intimate Terrorism, Violent Resistance, and Situational Couple Violence. UPNE; 2010.
23. Graham-Kevan N, Archer J. Does Controlling Behavior Predict Physical Aggression and Violence to Partners? *J Fam Violence.* oct 2008;23(7):539-48.
24. Hines D, Douglas E. Intimate terrorism by women towards men: does it exist? *J Aggress Confl Peace Res.* 6 juill 2010;2(3):36-56.

25. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(108):148-55.
26. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. 2001.
27. HAS. Violences conjugales : quel rôle pour les professionnels de santé ? [Internet]. [cité 30 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante
28. Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M, et al. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool). 2021 [cité 15 oct 2021]; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool>
29. Geldschläger H. ENGAGE. Manuel destiné aux professionnels de première ligne qui sont en lien avec des auteurs de violences conjugales. 2019.
30. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires?: quelles réponses peut-on apporter? [Nancy]: Université de Lorraine; 2016.
31. Boismain A, Gaudin A. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2012.
32. Bes de Berc A, Gessoum Y. Femmes victimes de violences sexuelles : Étude qualitative sur les freins ressentis au recours aux médecins généralistes. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2019.
33. François I, Moutel G, Plu I, Fauriel I, Hervé C. Violences conjugales, quelles difficultés pour les médecins ? Analyse d'entretiens avec 19 médecins d'un réseau de soins ville- hôpital orienté vers la prise en charge globale des personnes. *Presse Med*. 2004;(33):1561-5.
34. Torrent S. L'homme battu, un tabou au coeur du tabou. Édition Option Santé; 2009.
35. Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine: GM Santé/CNGE; 2011.
36. Smith JA, Flower P, Larkin M. Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. [Internet]. SAGE. Vol. 6. 2009 [cité 14 oct 2021]. Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/14780880903340091>
37. Caillaud S, Flick U. Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche. In 2016.

38. Service Public. Violence conjugale [Internet]. [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
39. Gouvernement. Arrêtons les violences [Internet]. 2020 [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/index.php/>
40. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes [Internet]. Société Française de Santé Publique; 2008 juin [cité 4 nov 2021] p. 489-500. Disponible sur: <https://www.sfsp.fr/content-page/item/941-des-missions-de-sante-publique-pour-les-medecins-generalistes>
41. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. [Paris]: Université de Pierre et Marie Curie; 2012.
42. Ahrens CE, Campbell R, Ternier-Thames NK, Wasco SM, Sefl T. Deciding Whom to Tell: Expectations and Outcomes of Rape Survivors' First Disclosures. *Psychol Women Q.* mars 2007;31(1):38-49.
43. Prosman G-J, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. *Scand J Caring Sci.* mars 2014;28(1):3-11.
44. Assier C. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG en Loire-Atlantique et Vendée. [Nantes]: Université de Nantes; 2020.
45. Jacquot J. AVIC-MG : Attentes des femmes VICTIMES de violences Conjugales envers leur Médecin Généraliste : Etude quantitative en Alsace. [Strasbourg]: Université de Strasbourg; 2020.
46. Dupre O. Les femmes victimes de violences conjugales demandent de l'aide à leur médecin généraliste : quelles sont leurs attentes ? *Revue de la littérature.* [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
47. Simonel F. La perception des médecins généralistes de leur rôle dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales: barrières et stratégies pour y remédier. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
48. Poyet-Pouillet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Evaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire. [Nantes]: Université de Nantes; 2006.
49. Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, Di Tanna G, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. 2021 [cité 2 oct 2021]; Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD012423/BEHAV_formation-des-professionnels-du-soin-et-de-la-sante-la-lutte-contre-la-violence-exercee-par-des
50. Ministère des Solidarités et de la Santé. Vers un remboursement des séances de

psychologues en 2022 [Internet]. 2021 [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/accompagnement-psychologique/article/vers-un-remboursement-des-seances-de-psychologues-en-2022>

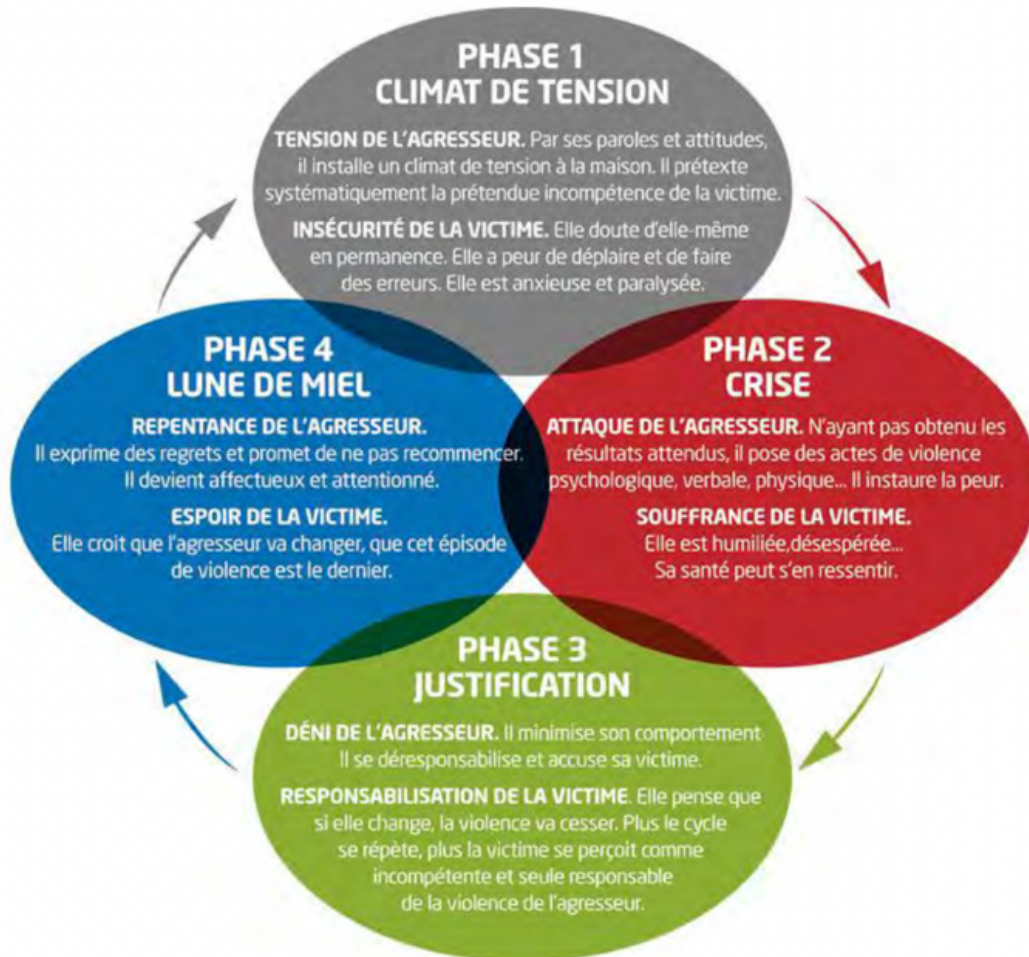
51. Service Public. Le 3919 pour les femmes victimes de violence accessible 24h/24 et 7 jours sur 7 [Internet]. 2021 [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A13048>

52. Ministère de l'Intérieur. L'enquête GENESE [Internet]. [cité 2 oct 2021]. Disponible sur: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-GENESE>

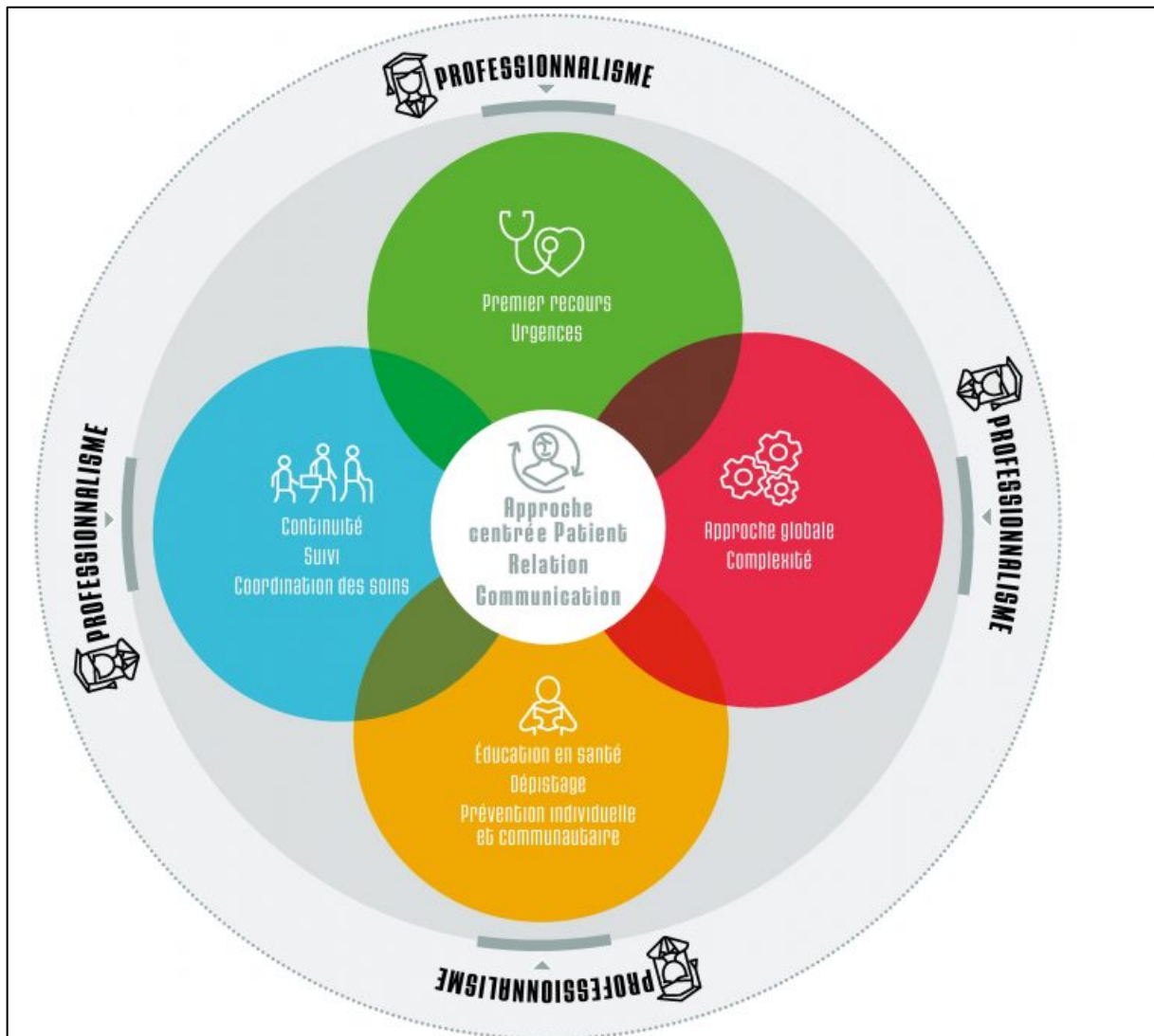
53. Carmo R, Grams A, Magalhães T. Men as victims of intimate partner violence. *J Forensic Leg Med.* nov 2011;18(8):355-9.

ANNEXES

Annexe 1 : Cycle de la violence d'après l'institut national de la santé publique du Québec



Annexe 2 : Marguerite des compétences du médecin généraliste établie par le Collège Nationale des Généralistes Enseignants



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les **6 compétences principales** de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



SOURCE : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Conception graphique : johannakera.fr

Annexe 3 : Questionnaire WAST

OUTIL DE DÉPISTAGE DES MAUVAIS TRAITEMENTS CHEZ LES FEMMES' (WAST)

1. De façon générale, comment décririez-vous votre relation?

- Très tendue
- Légèrement tendue
- Aucunement tendue

2. Est-ce que vous et votre conjoint réglez vos disputes avec:

- beaucoup de difficulté
- quelque difficulté
- aucune difficulté

3. À la fin d'une dispute, vous arrive-t-il de vous sentir déprimée ou d'avoir une mauvaise image de vous?

- Souvent
- Parfois
- Jamais

4. Vos disputes se terminent-elles par des coups de poing ou de pied, ou de la bousculade?

- Souvent
- Parfois
- Jamais

5. Vous arrive-t-il d'être effrayée par les gestes ou les paroles de votre conjoint?

- Souvent
- Parfois
- Jamais

6. Avez-vous déjà été victime de violence physique de la part de votre conjoint?

- Souvent
- Parfois
- Jamais

7. Avez-vous déjà été victime de violence psychologique de la part de votre conjoint?

- Souvent
- Parfois
- Jamais

8. Avez-vous déjà été victime d'agression sexuelle de la part de votre conjoint?

- Souvent
- Parfois
- Jamais

Source : Brown, J., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, S. (2000), « Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting », *Journal of Family Practice*, 49, 896-903.

Annexe 4 : Guide d'entretien n°1 (initial)

Victimes : âge, profession, sexualité, statut marital avec l'auteur(e) des violences, enfant(s), judiciarisation, durée de la relation

Question « brise-glace » : pourquoi avez-vous accepté de participer à cette étude ?

1) Vécu des violences

Pourriez-vous me parler des violences que vous avez subies ?

Question de relance : Comment avez-vous vécu les violences ?

2) Réaction face aux violences

Comment avez-vous réagi face aux violences ?

Question de relance : En avez-vous déjà parlé à votre entourage ? A un professionnel de santé ?

3) Rapport avec le MG

Avez-vous déjà consulté un médecin généraliste pour un motif lié aux violences conjugales ?

Question de relance : En avez-vous déjà parlé à votre médecin ou à un autre professionnel de santé ?

- Si VPI jamais évoquées au médecin :

Pourriez-vous m'expliquer pourquoi ne pas avoir évoqué les violences à votre médecin ?

Questions de relance :

Pourquoi ne pas vous être rapproché d'un professionnel de santé ?

Pourquoi ne pas l'avoir évoqué à l'occasion d'une consultation lambda chez votre médecin ?

- Si VPI déjà évoquées au médecin :

Pourriez-vous me raconter cette consultation ?

Questions de relance :

Comment avez-vous évoqué la situation avec votre médecin ?

Comment cette situation a-t-elle été gérée par votre médecin ?

4) Représentation du MG vis-à-vis des VPI :

Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des hommes victimes de violences ?

Question de relance : Qu'attendriez-vous de votre médecin sur la situation que vous avez vécue ?

5) Avez-vous des choses à ajouter ?

Annexe 5 : Guide d'entretien n°4 (final)

Victimes : âge, profession, sexualité, statut familial avec l'auteur(e) des violences, durée de la relation, enfant(s) avec, judiciarisation ?

Question brise-glace : Pourquoi avez-vous accepté de répondre à cette étude ?

1) A partir de quand vous êtes-vous identifié comme victime de violence ?

Question de relance : A partir de quand avez-vous identifié les violences ?

2) Comment avez-vous révélé les violences ?

Question de relance : A qui en avez-vous parlé ?

3) Avez-vous abordé les violences avec votre médecin généraliste ?

- Si VPI évoquées au médecin :

Pourriez-vous me raconter cette consultation ?

Questions de relance :

Comment avez-vous évoqué la situation avec votre médecin ?

Comment cette situation a-t-elle été gérée par votre médecin ?

- Si VPI jamais évoquées au médecin :

Pourquoi ne pas avoir abordé le sujet avec votre médecin traitant ?

4) Selon vous, quelle pourrait être la place de votre médecin généraliste dans la prise en charge des hommes victimes de violences conjugales ?

Questions de relance :

Qu'attendriez-vous de votre médecin sur la situation que vous avez vécue ?

Qu'auriez-vous aimé que votre médecin fasse, comment auriez-vous aimé qu'il réagisse ?

5) Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 6 : Formulaire de déclaration à la CNIL



Référence CNIL :

2222188 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 2 mai 2021

Madame Marie AUCOUTURIER

[REDACTED]
APPARTEMENT D7
33100 BORDEAUX

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Madame AUCOUTURIER Marie
Service :
Adresse : [REDACTED]
APPARTEMENT D7
CP : 33100
Ville : BORDEAUX

N° SIREN/SIRET :
Code NAF ou APE :
Tél. : [REDACTED]
Fax : [REDACTED]

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 3 mai 2021

—RÉPUBLIQUE FRANÇAISE—

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

Annexe 7 : Formulaire d'information et de consentement

Nous sommes deux internes en médecine, et réalisons un travail de thèse encadré par le Docteur Bontoux, médecin responsable du CAUVA du CHU de Bordeaux, au sujet des hommes victimes de violences conjugales.

Si vous êtes ou avez été confrontés à des violences conjugales, nous souhaiterions, dans le cadre de ce projet de recherche, recueillir votre témoignage.

Pour ce faire, nous vous proposons de réaliser un entretien individuel dont le lieu et la date seront fixés à votre convenance.

Tous les entretiens recueillis au cours de ce projet de recherche sont anonymisés.

Vos données recueillies par les chercheurs seront conservées le temps de l'étude et détruites une fois le travail achevé. Durant tout ce temps, vous conservez un droit d'accès à ces données.

Votre participation à ce travail de recherche est volontaire. Vous restez libres, à tout moment, d'y mettre fin.

Nous précisons que cette étude n'a pas de but lucratif, ni de valeur juridique.

Consentement libre et éclairé

L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone puis analysé.

Vous serez informés, si vous le souhaitez, des résultats de la recherche.

« Je déclare avoir lu et compris le présent formulaire.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet. »

Fait à :

Le :

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

« Je m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément susceptible de modifier la nature de votre consentement. »

Fait à :

Le :

Annexe 8 : Caractéristiques de l'échantillon de l'étude

Victime	Age	Profession	Orientation sexuelle	Statut marital au moment des faits	Enfant(s)	Durée de la relation	Lieu d'entretien	Durée d'entretien
Albert	53	Agent immobilier	Hétérosexuel	Fiancé	0	14 mois	Lieu de travail	20 min
Bertrand	43	Infirmier libéral	Hétérosexuel	Marié	3	15 ans	CAUVA	49 min
Claude	59	Ouvrier	Hétérosexuel	Séparé mais toujours marié	0	3 ans	Lieu de travail	14 min
Denis	43	Chef d'entreprise	Hétérosexuel	Marié	3	10 ans	Visioconférence	46 min
Eric	46	Cadre	Hétérosexuel	Marié	4	20 ans	CAUVA	57 min
Fabrice	42	Ingénieur aéronautique	Hétérosexuel	Séparé mais toujours marié	3	15 ans	Visioconférence	41 min
Grégoire	44	Chef de projet informatique	Homosexuel	Concubinage	0	2 ans	Visioconférence	56 min
Hervé	47	Technicien informatique	Hétérosexuel	Concubinage	2	16 ans	Visioconférence	39 min
Igor	35	Géomètre	Hétérosexuel	Concubinage	0	9 ans	Lieu public	22 min
Jules	51	Interimaire	Hétérosexuel	Concubinage	2	8 ans	CAUVA	44 min
Kevin	38	Chef de projet informatique	Hétérosexuel	Marié	1	12 ans	Visioconférence	31 min
Laurent	43	Formation CAP cuisine	Hétérosexuel	Marié	2	10 ans	Visioconférence	35 min
Marc	38	Conseiller marketing	Hétérosexuel	Marié	2	13 ans	Visioconférence	41 min

Annexe 9 : « Violentomètre » adapté par le Centre Hubertine Auclert

PROFITE Ta relation est saine quand il...	1	Respecte tes décisions, tes désirs et tes goûts
	2	Accepte tes amies, amis et ta famille
	3	A confiance en toi
	4	Est content quand tu te sens épanoui
	5	S'assure de ton accord pour ce que vous faites ensemble
	6	
VIGILANCE, DIS STOP ! Il y a de la violence quand il...	7	Te fait du chantage si tu refuses de faire quelque chose
	8	Rabaisse tes opinions et tes projets
	9	Se moque de toi en public
	10	Est jaloux et possessif en permanence
	11	Te manipule
	12	Contrôle tes sorties, habits, maquillage
	13	Fouille tes textos, mails, applis
	14	Insiste pour que tu lui envoies des photos intimes
	15	T'isole de ta famille et de tes proches
	16	T'oblige à regarder des films pornos
	17	
PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE Tu es en danger quand il...	18	T'humilie et te traite de folle quand tu lui fais des reproches
	19	"Pète les plombs" lorsque quelque chose lui déplaît
	20	Menace de se suicider à cause de toi
	21	Menace de diffuser des photos intimes de toi
	22	Te pousse, te tire, te gifle, te secoue, te frappe
	23	Te touche les parties intimes sans ton consentement
	24	T'oblige à avoir des relations sexuelles
	25	Te menace avec une arme

Title - Male victims of intimate partner violence: experience of their medical care in general medicine. Qualitative study with semi-structured interviews.

Abstract

Introduction – Intimate partner violence (IPV) is a major public health issue in which the general practitioner must have a pivotal role by guiding the medical experience and care of the victims. As male victims are less exposed in media than female victims, their population is less well-known. This work aims at exploring the medical experience of male victims of IPV, led by their general practitioner. **Tools and Methods** – We have carried out a qualitative study with a thematic analysis of the content, by conducting semi-structured individual interviews of male victims of IPV, who had gone to the Forensic Medical Unit of Bordeaux University Hospital between October 2019 and January 2021. **Results** – Thirteen semi-structured individual interviews were performed from November 2020 to May 2021. The way the missions of the general practitioner are perceived has a significant impact on disclosing the violence. The victims do not necessarily consider the general practitioner as a resource person. Establishing a relationship of trust between the victim and the doctor, based on the medical secrecy, represents a determining factor to disclosing the IPV. The social representation linked to each gender makes prevention, screening, and care of male victims of IPV more complicated to be done properly. **Conclusion** – The medical experience of male victims of IPV depends on the role they give to their general practitioner, and the quality of both their care relationship and the medical care offered by the doctor. Nowadays, it appears to be essential to facilitate the central role of the general practitioner by clarifying and identifying all the territorial actors that are necessary for the victims of intimate partner violence to be accompanied on a multidisciplinary care.

Keywords: intimate partner violence, general practitioner, primary care, qualitative study.

Titre - Hommes victimes de violences entre partenaires intimes : vécu de leur prise en charge en médecine générale - Étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Résumé

Introduction - Les violences entre partenaires intimes (VPI) sont un problème de santé publique majeur pour lequel le médecin généraliste doit avoir un rôle pivot dans la prise en charge et le parcours de soins des victimes. Moins médiatiques que leurs homologues féminins, les hommes victimes de VPI constituent une population encore peu connue. L'objectif de ce travail est d'explorer le vécu de la prise en charge des hommes victimes de VPI par leur médecin généraliste. **Population et Méthode** - Nous avons réalisé une étude qualitative avec analyse thématique de contenu, par la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés, auprès d'hommes victimes de VPI ayant consulté à l'unité médico-judiciaire du CHU de Bordeaux entre octobre 2019 et janvier 2021. **Résultats** - Treize entretiens individuels semi-dirigés ont été menés de novembre 2020 à mai 2021. La perception des missions du médecin généraliste a un impact significatif sur la révélation des violences. Les victimes n'identifient pas systématiquement le médecin généraliste comme une personne ressource. L'instauration d'une relation de confiance entre la victime et le médecin, basée sur le secret médical, est un facteur déterminant de la révélation des VPI. Les représentations sociales propres à chaque genre contribuent à complexifier la prévention, le dépistage et la prise en charge des hommes victimes de VPI. **Conclusion** - Le vécu du parcours médical de l'homme victime de VPI dépend des rôles qu'il attribue à son médecin généraliste, de la qualité de la relation de soin et de la prise en charge proposée par le médecin. Faciliter le rôle central du médecin généraliste en clarifiant et en identifiant l'ensemble des acteurs territoriaux nécessaires à la prise en charge pluridisciplinaire des victimes de VPI apparaît aujourd'hui primordial.

Mots clefs : violence entre partenaires intimes, médecin généraliste, soins primaires, étude qualitative.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE
Directeur de thèse : Docteur Edouard BOUTOUX
