

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 19 septembre 2017 à Poitiers  
par **Aude Linassier**

Application du questionnaire WAST en France  
dans le dépistage des violences conjugales  
en médecine ambulatoire

**COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Professeur Fabrice Pierre

**Membres** : Professeur Virginie Migeot  
Docteur Michel Sapanet

**Directeur de thèse** : Docteur Emmanuelle Deleau-Bouges



Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

## Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUJOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUPOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (surnombre jusqu'en 08/2018)
- GUILLEVIN Remy, radiologie et Imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (surnombre jusqu'en 08/2018)
- KRAMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAJCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (surnombre jusqu'en 08/2017)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Remy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Amaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

**Maître de conférences des universités de médecine générale**

- BOUSSAGEON Remy

**Professeur associé des disciplines médicales**

- ROULLET Bernard, radiothérapie

**Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphanie
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

**Professeurs émérites**

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

*"Il y a une vérité universelle, applicable à tous les pays, cultures et communautés : la violence à l'égard des femmes n'est jamais acceptable, jamais excusable, jamais tolérable."*

***Ban Ki-moon, 8<sup>eme</sup> secrétaire général des Nations Unies (2008)***

## REMERCIEMENTS

*Au Professeur Fabrice Pierre, de me faire l'honneur de présider ma soutenance de thèse,*

*Au Professeur Virginie Migeot et au Docteur Michel Sapanet, pour avoir accepté d'être membres de mon jury de thèse,*

*A ma directrice de thèse, le Docteur Emmanuelle Deleau-Bouges, pour avoir su me guider et m'orienter tout au long de ma thèse, ainsi que pour ses compétences pédagogiques remarquables,*

*A l'ensemble des médecins et sages-femmes ayant accepté de participer à l'étude, sans qui ce travail de recherche n'aurait pas été possible. Un merci tout particulier au Docteur Françoise Bruno-Stefanini, au Docteur Christophe Ingrand et au Docteur Stéphanie Grandcolin qui ont été également des maîtres de stage formidables,*

*A Poupon, le saint patron des médecins, pour son self-contrôle ;) et le bonheur de vivre à ses côtés,*

*A mes parents et mes frères pour leur présence et leur soutien depuis toujours. Je remercie mon père pour son "sauvetage" en statistiques, ainsi que mon petit frère Pierre, que dis-je, "Prince Pierre", d'avoir fait l'aller-retour de Boston spécialement pour l'événement (mais aussi pour ses soins dentaires ^^),*

*A mes grand-mères, Nengyue, Tonton Philippe, ma vieille tante Nathalie, mes cousins cousines et ma belle-famille,*

*A mes amis de Touraine et du Vendômois : mon acolyte durant l'externat (et pas que) Pauline et mon poulain Manu, ma Bichon fleurie, Nome et Winnie, mes supers voisines de La Riche Audrey et Elise, Soso Clodo et son Antoine, Fifi le Portugais, Nadia et Yves, Cécile,*

*A mes amis rencontrés durant l'internat : Anne-Sophie De Lacoqui-Yete et son Nicolas, Elsa (Zaza par les intimes), Marion (notre Bison Futé local), Doudou, Professeur Desnouille, Stéphanie La Bourdue, Daminou, Marine, Julien et Cynthia,*

*A mes "photocopieurs de l'extrême" (et surtout à leurs employeurs^^) : Damien, Pierre, Elsa et Stéphanie,*

*A mes supers relecteurs : mes parents, Damien, Pauline et Noémie (on devrait tous avoir un professeur de français dans son entourage !),*

*Et enfin : à mon ordinateur, pour avoir "survécu" jusqu'à la fin de ma thèse (qui l'eut cru ^^).*

## TABLE DES MATIÈRES

I- INTRODUCTION GENERALE	10
A- Définitions	11
A-1- Au niveau international	11
A-2- Au niveau européen	11
A-3- Au niveau national	12
B- Modèles explicatifs des violences conjugales	13
B-1- Les différentes formes de violences conjugales	13
B-2- "Le cycle de la violence"	14
B-3- "La roue du pouvoir et du contrôle"	14
B-4- La typologie de Michael P. Johnson	15
C- Données épidémiologiques	16
C-1- A l'échelle internationale	16
C-2- Dans les pays anglo-saxons	17
C-2-a- Au Canada	17
C-2-b- Aux États-Unis	17
C-3- En Europe	18
C-4- En France	19
C-4-a- Les premières enquêtes à l'échelle locale	20
C-4-b- L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (Enveff)	20
C-4-c- Le rapport Morts violentes au sein du couple	21
C-4-d- La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes	21
C-4-e- L'enquête Violence et Rapports de Genre (Virage)	22
D- Conséquences des violences conjugales	24
D-1- Conséquences sur la santé des femmes victimes de violences conjugales	24
D-2- Conséquences sur la santé des enfants exposés aux violences conjugales	24
D-3- Conséquences en terme de coût pour la société	25
E- Le cadre législatif	27
E-1- Au niveau international : les actions de l'ONU	27
E-2- Dans les pays anglo-saxons	27
E-2-a- Au Canada	27
E-2-b- Aux États-Unis	28
E-3- Au niveau européen	28
E-3-a- Les programmes "Daphné"	28
E-3-b- La Recommandation Rec(2002)5 du Comité des Ministres aux États membres sur la protection des femmes contre la violence	28
E-3-c- La Convention d'Istanbul	29

E-4- En France	30
E-4-a- Le rapport Henrion	30
E-4-b- Loi du 26 mai 2004 relative au divorce	31
E-4-c- Loi du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises sur mineurs	31
E-4-d- Loi du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidents de ces dernières sur les enfants	32
E-4-e- Loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les hommes et les femmes	32
E-4-f- Loi du 13 avril 2016	33
E-4-g- Les plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes	33
F- Prise en charge des violences conjugales en France	35
F-1- Par le système judiciaire	35
F-1-a- Prise en charge judiciaire des victimes de violences conjugales	35
F-1-b- Prise en charge judiciaire des auteurs de violences conjugales	35
F-2- Par les professionnels de santé	36
F-2-a- Recueillir des éléments factuels en vue de l'élaboration d'un certificat médical	36
F-2-b- Soigner et orienter la victime vers les services compétents	37
F-2-c- Évaluer la gravité des violences, conseiller et agir	37
G- Le dépistage des violences conjugales	39
G-1- Type de dépistage : ciblé ou systématique ?	39
G-1-a- Facteurs de risque des violences conjugales	39
G-1-b- Études concernant le dépistage systématique des violences conjugales	40
G-2- Les recommandations concernant le dépistage des violences conjugales	41
G-2-a- Au niveau international	41
G-2-b- Au Canada	41
G-2-c- Aux États-Unis	42
G-2-d- En France	42
G-3- Les outils de dépistage des violences conjugales	44
G-4- Le Woman Abuse Screening Tool (WAST)	44
<b>II- MATERIEL ET METHODE</b>	<b>47</b>
A- Type d'étude	47
B- Matériel	47
B-1- Patientes	47
B-2- Professionnels de santé	48
C- Méthode	48
C-1- Les questionnaires	48
C-1-a- Le WAST	49
C-1-b- Le "questionnaire patientes" et le "questionnaire professionnels de santé"	50
C-1-c Diffusion des questionnaires	50
C-2- Analyses statistiques	50

III- RESULTATS	51
A- Caractéristiques	52
A-1- Caractéristiques des patientes	52
A-2- Caractéristiques des professionnels de santé	54
B- Niveau d'aise et d'adhésion après usage du questionnaire WAST-fr	55
B-1- Niveau d'aise des patientes	55
B-2- Niveau d'aise des professionnels de santé	55
C- Efficacité du WAST-fr dans le dépistage des violences conjugales	58
D- Application du WAST-fr et opinions concernant le dépistage des violences conjugales	60
D-1- Point de vue des patientes	60
D-2- Point de vue des professionnels de santé	60
E- Violences conjugales dans la Vienne	61
E-1- Patientes et violences conjugales	61
E-2- Professionnels de santé et violences conjugales	62
IV- DISCUSSION	63
A- Niveau d'aise	63
A-1- Des patientes	63
A-2- Des professionnels de santé	63
B- L'adaptation du WAST-fr/can à la population française : le WAST-fr	65
C- Efficacité du WAST-fr dans le dépistage des violences conjugales	65
D- Applications ultérieures du WAST-fr	66
D-1- Selon les patientes	66
D-2- Selon les professionnels de santé	66
E- Violences conjugales dans la Vienne	67
E-1- Patientes et violences conjugales	67
E-2- Professionnels de santé et violences conjugales	68
F- Les limites	69
F-1- Une exploration limitée des violences conjugales	69
F-2- Les biais de sélection	69
F-3- Les biais de mesure	70
F-4- Les biais de confusion	71
G- Etudes en rapport avec notre travail	71
G-1- Opinions concernant le dépistage des violences conjugales en milieu ambulatoire	71
G-2- Création d'outils de dépistage	72
G-3- Application du WAST	72
G-3-a- Les études de J. B. Brown	72
G-3-b- Les autres études étrangères	73
G-3-c- Les études françaises	73

V- CONCLUSION	75
VI- GLOSSAIRE	76
VII- BIBLIOGRAPHIE	78
VIII- ANNEXES	87
IX- RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS	105
X- SERMENT D'HIPPOCRATE	106

## I- INTRODUCTION GÉNÉRALE

Longtemps assimilées aux aléas du couple, les violences conjugales sont aujourd'hui considérées comme un réel problème de santé publique. Elles regroupent l'ensemble des actes violents commis au sein d'une relation intime, qu'elle soit actuelle ou passée, par l'un des partenaires dans la volonté de contrôler l'autre.

Les violences conjugales ont été stigmatisées durant de nombreuses années, associées aux milieux sociaux les plus défavorisés. On sait maintenant qu'elles touchent toutes les tranches de la population, quels que soient l'âge ou la classe sociale, et qu'elles ont un fort impact sur le plan socio-économique. Elles sont dorénavant dénoncées dans notre société et font régulièrement la une de l'actualité, comme nous l'a montré dernièrement "l'affaire Jacqueline Sauvage". Elles ont fait l'objet de films, tels que *L'incomprise* d'Asia Argento avec Charlotte Gainsbourg ou *L'emprise* de Claude-Michel Rome avec Fred Testot, mais également de chansons comme *My name is Luka* de Suzanne Vega, ou encore de livres tels que *IQ84* de Haruki Murakami ou *Darling* de Jean Teulé.

Les pays anglo-saxons semblent avoir une longueur d'avance dans la prise en charge des violences conjugales. Ayant pris conscience de l'ampleur du phénomène dès les années 1970, ils ont développé une multitude d'études, de textes de loi, de programmes d'intervention et d'outils de dépistage des violences conjugales (1). En France, il a fallu attendre 2001, l'année de publication du *Rapport Henrion*, pour se rendre compte qu'une Française sur dix en était victime (2).

Afin d'y remédier, ce rapport préconisait entre autres le dépistage systématique des violences conjugales. Pourtant, seize ans après, aucun outil de dépistage officiel n'est disponible en France, alors qu'un grand nombre ont été développés au Canada. L'un d'eux, le WAST, a l'avantage d'être validé en langue française et d'être utilisable en médecine ambulatoire (3,4,5).

Nous avons voulu tester ce questionnaire canadien afin de savoir s'il pouvait devenir un bon outil de dépistage des violences conjugales en France, accepté à la fois par les patientes et les professionnels de santé. Pour cela, après avoir modifié certaines expressions canadiennes du WAST, nous avons demandé à des soignants exerçant en milieu ambulatoire (médecins généralistes, sages-femmes et centres de Protection Maternelle Infantile (PMI)) de l'appliquer auprès de leur patientèle, puis avons évalué leurs opinions.

## **A- Définitions**

A partir de quel moment une banale dispute de couple peut-elle être qualifiée de "violence conjugale" ? A partir de quand commence-t-elle : au premier cri ? à la première insulte ? au premier coup ? Faut-il forcément que le couple vive ensemble ou soit marié pour employer ce terme ? Afin de traiter ce sujet, il est donc primordial de s'intéresser à la définition des "violences conjugales", mais également à celle des "violences faite aux femmes" dont elle découle directement.

### ***1- Au niveau international***

L'*Organisation des Nations Unies* (ONU) a créé plusieurs termes pour dénoncer les inégalités homme-femme dans le Monde.

En 1979, la *Convention de l'ONU sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* a souligné l'inégalité des chances entre les hommes et les femmes en introduisant la notion de "discrimination à l'égard des femmes". Elle se définit comme [toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe ayant pour effet de compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes des droits de l'Homme et des libertés fondamentales] (6).

En 1993, l'*ONU* a nommé "violences faites aux femmes" [tous les actes de violence, y compris les menaces et les privations arbitraires de liberté, dirigés contre le sexe féminin et pouvant causer aux femmes des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée] (*Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*) (7).

En 2002, l'*Organisation Mondiale de la Santé* (OMS), qui est l'institution de l'*ONU* dédiée à la santé publique, a introduit dans son *Rapport mondial sur la violence et la santé* le concept de "violences d'un partenaire intime". Elles désignent "tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique". Elles incluent [les comportements tyranniques et dominateurs, comme ceux consistant à isoler une personne de ses proches, à surveiller ses faits et gestes et à limiter son accès aux ressources financières, à l'emploi, à l'éducation ou aux soins médicaux] (8,9).

### ***2- Au niveau européen***

En 2011, le Conseil de l'Europe a défini dans la *Convention d'Istanbul* les "violences à l'égard des femmes" comme [une violation des droits de l'Homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes]. Il a également introduit le terme de "violences domestiques" qui désigne [tous les actes de violences (physiques, sexuelles, psychologiques ou économiques) survenant au sein de la famille ou entre des anciens ou actuels partenaires, indépendamment du fait que l'auteur des infractions partage le même domicile]. Par rapport à la définition de l'OMS, le Conseil de l'Europe a ajouté trois éléments nouveaux : les enfants sont dorénavant considérés comme des victimes à part entière, la définition a été étendue aux partenaires ne vivant pas ensemble et le concept de "violences économiques" a été créé (10).

### ***3- Au niveau national***

En ratifiant la *Convention d'Istanbul* en 2014, le gouvernement français a adapté la définition des "violences conjugales", également nommées "violences au sein du couple", à celle proposée par le Conseil de l'Europe (10). Il qualifie ainsi toutes violences exercées lors d'une relation intime, qu'elle soit actuelle ou passée, quels que soient le sexe des partenaires, leur lieu de vie et la forme juridique de leur union (mariage, pacte civil de solidarité (PACS), concubinage ou union libre).

Comme nous avons pu le voir, les définitions concernant les violences conjugales sont relativement récentes. La première, "violences d'un partenaire intime", n'a été proposée par l'OMS qu'au début du XXI<sup>ème</sup> siècle (8,9). Ayant été élaborées à partir des définitions des violences faites aux femmes, cela peut expliquer pourquoi un grand nombre de travaux consacrés aux violences conjugales désignent l'auteur comme un homme et la victime comme une femme. Nous savons aujourd'hui que les violences conjugales touchent les deux sexes.

Les violences conjugales doivent être distinguées des autres disputes survenant au sein du couple. Elles induisent un déséquilibre dans la relation de couple avec un rapport de domination où l'un des deux partenaires désire contrôler l'autre. Au contraire, dans les "conjugopathies", également appelées "conflits conjugaux", les querelles se déroulent sur un même plan d'égalité et chaque protagoniste est libre d'exprimer son opinion.

Les violences conjugales sont donc un phénomène complexe. Afin de mieux les appréhender, il paraît indispensable de détailler et d'étudier les différents modèles développés visant à les expliquer.

## **B- Modèles explicatifs des violences conjugales**

### ***1- Les différentes formes de violences conjugales***

La *Convention d'Istanbul* distingue quatre formes de violences conjugales (10) :

- *Les violences psychologiques* : elles correspondent à des propos ou à des comportements méprisants (chantage, jalousie, menaces, contrôle, harcèlement, isolement...) visant à déstabiliser, dévaloriser et humilier l'autre partenaire. Elles précèdent dans la plupart des cas les violences physiques, comme le montre le modèle de "la roue du pouvoir et du contrôle", et peuvent être difficiles à mettre en évidence à cause de leur caractère subjectif (*cf. paragraphe I-B-3-*). Elles sont souvent banalisées car considérées comme ordinaires dans une vie de couple. Certains auteurs individualisent les "violences verbales" des violences psychologiques. Elles consistent en la répétition de paroles insultantes ou d'injures envers la victime dans le but de créer chez elle un sentiment d'infériorité et d'insécurité.

- *Les violences économiques* : l'agresseur prive sa victime de son environnement matériel, qu'il s'agisse de son argent, de son travail ou encore de son logement, afin de pouvoir exercer un contrôle permanent sur elle.

- *Les violences physiques* : elles regroupent toutes les atteintes portées au corps de l'autre. Les formes les plus décrites sont la bousculade, les gifles et le tirage de cheveux (11). Les blessures occasionnées sont le plus souvent multiples, d'âge différent et portées à main nue à la face antérieure du corps. Les localisations sont par ordre de fréquence décroissante : le visage, la tête, les membres supérieurs, les membres inférieurs, la poitrine, le cou, puis le dos (12,13).

- *Les violences sexuelles* : elles désignent l'ensemble des contraintes sexuelles infligées à son partenaire sans son consentement, allant de l'exposition forcée à des films pornographiques, la contrainte lors des rapports sexuels à utiliser des objets ou à subir des violences verbales et/ou physiques, jusqu'au viol et à la prostitution.

Les violences conjugales sont qualifiées de "graves" lorsqu'elles sont physiques et/ou sexuelles.

## **2- "Le cycle de la violence"**

Élaboré en 1979 par la psychologue américaine Lenore Walker, "le cycle de la violence" représente les violences conjugales comme une succession répétitive de quatre phases (*"voir annexe A"*) (14) :

- *"Le climat de tension"* : l'un des partenaires devient violent psychologiquement en instaurant un climat de tension grâce à des propos dévalorisants et humiliants. Cela engendre un sentiment de peur et de repli sur soi chez sa victime, qui va développer des stratégies d'esquive pour éviter les situations conflictuelles et se conformer à ses attentes.

- *"La crise"* : l'agresseur exprime sa violence pour appuyer sa domination, ce qui a pour effet de le soulager.

- *"La justification"* : l'auteur des violences minimise ses actes, tente de se justifier et reporte la faute sur sa victime. Il exprime un sentiment de honte et promet de changer.

- *"La lune de miel"* : l'agresseur manifeste des regrets et devient très attentionné.

De façon insidieuse, ces quatre phases vont se répéter, rythmées par des actes de plus en plus violents : on parle d' "escalade de la violence". Les premières manifestations, telles que la jalousie ou le repli sur le couple, peuvent être perçues initialement par la victime comme valorisantes, ou encore comme de la maladresse ou des "accidents". Puis, la victime va tenter d'analyser le comportement de son/sa partenaire et culpabilise. S'installent alors un sentiment de peur permanent, des stratégies pour éviter de nouvelles crises et un isolement socio-professionnel. Avec le temps, les deux dernières phases ont tendance à disparaître. Le cycle alterne alors les phases de "climat de tension" et de "crise".

La victime tombe à ce moment dans ce que le psychanalyste Roger Dorey a qualifié en 1981 d' "emprise". La victime est considérée comme "un objet méprisé et maîtrisable" par son agresseur qui se l'approprie, la domine et la marque de son empreinte psychologiquement et/ou physiquement (15).

## **3- "La roue du pouvoir et du contrôle"**

En 1981, cet outil a été créé dans le Minnesota à l'occasion de l'un des premiers plans d'intervention américains luttant contre les violences conjugales, "The Duluth Model" (16). Élaboré à partir de témoignages de victimes de violences conjugales, il vise à aider les femmes à identifier les huit tactiques de domination utilisées par un partenaire violent, à savoir l'intimidation, la coercition et les menaces, l'abus économique, l'invocation du privilège masculin, l'utilisation des enfants, le blâme, l'isolement et la violence psychologique.

Cet outil se présente sous la forme d'une roue, dont le centre comprend "le pouvoir" et "le contrôle", les rayons les huit tactiques de domination, et la périphérie "la violence physique et sexuelle". Cette roue illustre la diversité, mais aussi la dynamique des violences conjugales. En effet, en allant du centre vers la périphérie, elle montre la chronologie des violences conjugales : initialement psychologiques, économiques ou verbales, elles deviennent progressivement physiques et/ou sexuelles (*"voir annexe B"*).

#### **4- La typologie de Michael P. Johnson**

En 2008, ce sociologue américain a individualisé trois types de violences conjugales en fonction de leur mode d'installation (17) :

- "*Le terrorisme intime*" : il s'agit du concept de "cycle de la violence" vu plus haut, où l'agresseur a recours à des stratégies afin de contrôler et de terroriser sa victime (cf. *paragraphe I-B-2-*) (14). Ce type de violences conjugales est le plus connu et le plus étudié. Il concernerait 2 à 4 % de la population générale.

- "*La résistance violente*" : la victime s'oppose à son/sa partenaire à l'aide de gestes violents, ce qui entraîne la violence de ce dernier.

- "*La violence de couple situationnelle*" : une "conjugopathie" dégénère en situation de violences conjugales lorsque l'un des deux partenaires acquiert la volonté de contrôler et de dominer l'autre (cf. *paragraphe I-A-3-*).

Cette typologie a été vivement critiquée car, en sous-entendant que ces deux derniers types de violences sont moins graves, voir acceptables, elle pourrait induire une sous-estimation de la fréquence et de la gravité des violences conjugales.

Plusieurs théories ont donc été développées depuis les années 1980 pour essayer de comprendre et de mieux appréhender la problématique des violences conjugales, que ce soit au sujet du type des violences (verbales, économiques, psychologiques, physiques ou sexuelles), de leur dynamique (modèles du "cycle de la violence" et de "la roue du pouvoir et du contrôle" ), ou encore de leur mode d'installation (typologie de Michael P. Johnson) (10,11,14-17). Elles constituent une grande avancée dans la prise en charge des violences conjugales, ainsi que dans le repérage des victimes et des auteurs. Ces travaux étant assez récents, nous pouvons imaginer que de nouveaux modèles vont émerger dans les années à venir.

## C- Données épidémiologiques

Les premières études abordant les violences conjugales datent des années 1980, faisant suite le plus souvent à des manifestations de mouvements féministes. Initialement réalisées à l'échelle locale, il a fallu attendre le XXI<sup>ème</sup> siècle pour voir apparaître de grandes études nationales. À ce jour, les États-Unis est le pays disposant de la plus grande base de données statistiques concernant les violences conjugales.

### *1- A l'échelle internationale*

L'OMS a publié deux études internationales sur les violences faites aux femmes en collaboration avec la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (18, 19).

La première, réalisée en 2005, a tenté de mesurer l'incidence des violences envers les femmes : il s'agit de l'*Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes*. Elle a été menée dans dix pays impliqués dans la lutte contre les violences faites aux femmes qui ne disposaient jusque-là d'aucune statistique nationale : le Bangladesh, le Brésil, l'Éthiopie, le Japon, la Namibie, le Pérou, la Tanzanie, les îles Samoa, la Serbie-et-Monténégro et la Thaïlande. Au total, 24 000 femmes de 15 à 49 ans ont complété un questionnaire lors d'entretiens directs. De forts écarts de prévalence ont été constatés selon les pays, ayant par la suite motivé l'OMS à rechercher des facteurs de risque de violences conjugales (*cf. paragraphe I-G-1-a-*) (18) :

- *Concernant les violences physiques et sexuelles* : entre 5 % (Éthiopie et Japon) et 62 % (Samoa) des femmes interrogées avaient déjà subi des violences physiques et entre 0,3 % (Bangladesh et Éthiopie) et 11,5 % (Îles Samoa, Pérou) des violences sexuelles.

- *Concernant les violences émanant d'un partenaire intime* : entre 15 % (Japon) et 71 % (Éthiopie) des participantes déclaraient avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire au moins une fois dans leur vie : entre 13 % (Japon) et 61 % (Pérou) concernant les violences physiques et entre 6 % (Japon) et 59 % (Éthiopie) pour les violences sexuelles. De même, lors des douze mois précédant l'étude, les violences exercées par un partenaire intime avaient touché entre 4 % (Japon et Serbie-et-Monténégro) et 54 % (Éthiopie) des femmes.

En 2013, l'OMS a organisé une seconde étude intitulée *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire*. Elle a concerné 80 pays (Russie, Australie, Canada, États-Unis, Chine, Japon, 13 pays d'Europe centrale, 13 d'Afrique de l'Est et Australe, 4 d'Afrique de l'Ouest et Centrale, 1 d'Afrique du Nord, 4 d'Amérique Centrale, 11 d'Amérique du Sud, 7 du Moyen-Orient, 9 d'Asie de l'Est, 3 d'Asie du Sud et 9 d'Europe de l'Est). Ce rapport a mis en évidence que les violences physiques et/ou sexuelles à l'encontre des femmes émanaient d'un partenaire intime dans 35 % des cas et que 38 % des meurtres de femmes étaient des homicides conjugaux (19).

## **2- Dans les pays anglo-saxons**

### *a- Au Canada*

Les Canadiens ont pris conscience du problème dès les années 1970, grâce aux "groupes de femmes". Ces regroupements de féministes ont dénoncé les violences conjugales et créé des structures d'aide et d'hébergement pour victimes. Comprenant des scientifiques, ils ont initié la réalisation d'études sur ce sujet, permettant de sensibiliser les autorités et l'opinion publique. La première, publiée en 1980, a révélé qu'une Canadienne sur dix était victime de violences conjugales (1).

Depuis 1998, le gouvernement fédéral commande tous les ans un rapport sur les violences familiales à l'organisme "Statistique Canada". Les données des registres de police et des *Enquêtes Sociales Générales* y sont compilées. Ces enquêtes de victimisation interrogent de manière aléatoire les Canadiens, âgés de 15 ans et plus, sur les violences subies au cours de l'année. Le dernier rapport, rendu public en 2014, a porté sur 33 127 personnes. Il a établi que 4 % de la population canadienne, hommes et femmes confondus, avait été victime de violences conjugales graves (physiques et/ou sexuelles) au cours des cinq dernières années et que ce type d'agression tendait à diminuer (7 % de victimes en 2004) (20).

### *b- Aux États-Unis*

Il s'agit de l'un des pays industrialisés les plus touchés par ce fléau. Comme son voisin canadien, les premières statistiques ont été obtenues grâce aux féministes à partir des années 1980. En 1992, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) a annoncé que 20 à 30 % des femmes avaient déjà été victimes de violences conjugales durant leur vie (2). En 1993, R. Jones a estimé que toutes les douze secondes, une femme était battue par son partenaire (2). En 1999, D. Kyriacou a dévoilé que les violences conjugales étaient la cause la plus fréquente de blessures non mortelles chez les Américaines, responsable de 22 % du total des blessures, de 9 % des blessures graves et de 30 % des homicides volontaires (1,2).

En 2014, la première étude explorant simultanément le taux de violences conjugales dans tous les États membres a été publiée : il s'agit de *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey*. Elle a été rédigée par le *National Center for Injury Prevention and Control*, l'organisme fédéral chargé de réduire l'incidence des maladies survenant chez les Américains de moins de 45 ans. Réalisée en 2010 auprès de 16 507 personnes majeures (9 086 femmes et 7 421 hommes), elle a montré qu'une femme sur trois avait déjà été victime de violences conjugales (contre 28,5 % des hommes). Elle était de type psychologique dans la moitié des cas, physique dans 24,3 % des cas, et sexuel dans 10 % des cas. Le harcèlement moral concernait une femme sur six (contre un homme sur dix-neuf) et émanait du conjoint dans 2/3 des cas. Une femme sur cinq avait déjà été violée au moins une fois dans sa vie (contre 1,4 % des hommes) ; dans la moitié, l'auteur du viol était le conjoint (21).

### *3- En Europe*

Une multitude d'études nationales concernant les violences à l'égard des femmes ont été publiées avant 2014 au sein de l'Union Européenne (UE). Du fait de leurs méthodologies propres, leurs résultats étaient difficilement comparables. Par exemple, 35 % des Suédoises de quinze ans ou plus en 2000 et la moitié des Allemandes de seize ans ou plus en 2004 ont été victimes de violences domestiques (22,23). De même, 50 % des Danoises, 29 % des Finlandaises en 2005 et 31,5 % des Italiennes en 2008 déclaraient avoir subi des violences physiques et sexuelles (24-26).

En 2014, afin d'uniformiser ces données, l'institution européenne chargée de veiller au respect des droits de l'Homme, la FRA, a réalisé l'*Enquête de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne* sur demande du parlement européen. Son enquête a consisté en des entretiens directs auprès sur 42 000 Européennes tirées au sort âgées de 18 à 74 ans (soit 1 500 femmes par pays). Globalement, ses résultats étaient similaires aux données nationales antérieures ( "*voir annexe C*" ) (10,27) :

- *Concernant les violences physiques et sexuelles* : elles ont concerné 8 % des Européennes au cours de l'année précédant l'étude (7 % pour les violences physiques et 2 % pour les violences sexuelles). En France, ce taux s'élevait à 11 % (11 % pour les violences physiques et 2 % pour les violences sexuelles). De même, 33 % des Européennes avaient déjà subi des violences physiques et/ou sexuelles (31 % des violences physiques et 11 % des violences sexuelles) et 5 % au moins un viol depuis l'âge de 15 ans. Les incidents sexuels survenaient tôt : 12 % des femmes y avaient été confrontées avant l'âge de 15 ans. Un sentiment d'insécurité semblait partagé par un grand nombre de femmes : 53 % déclaraient éviter des lieux ou des situations par peur d'être agressées et 5 % avaient déjà fait l'objet de traques furtives.

- *Concernant les violences domestiques* : depuis l'âge de 15 ans, 43 % des Européennes avaient déjà été victimes de violences psychologiques, 12 % de violences économiques, 20 % de violences physiques et 7 % de violences sexuelles. Les taux enregistrés en France étaient plus élevés (respectivement 47 %, 10 %, 25 % et 9%). Par ailleurs, 4 % des Européennes avaient subi des violences domestiques graves l'année précédant l'étude et 22 % depuis l'âge de 15 ans (contre 26 % en France). Les populations les plus touchées par les violences domestiques étaient celles issues de pays nordiques (Danemark, Suède, Finlande et Lettonie) et de Grande-Bretagne (de 28 à 32 %), contrastant ainsi avec des pays comme l'Autriche, l'Espagne, la Pologne, la Croatie et la Slovénie où la prévalence des violences domestiques était de 13 %. Trente pourcents des victimes de violences domestiques sexuelles en avaient également subi durant l'enfance (contre 10 % chez les autres femmes). Dans plus de 98 % des cas, l'auteur des violences était un homme. Les victimes arrivaient à faire face à la situation grâce au soutien de leurs proches (35 %), à leur volonté (32 %), à une séparation (30 %), ou à l'aide d'un professionnel (6 %). Lorsque les victimes quittaient leur conjoint, la violence était le motif de séparation dans seulement la moitié des cas.

L'enquête de la FRA a montré pour la première fois une corrélation entre les violences domestiques et extraconjugales. Elle a également identifié quelles étaient les Européennes les plus exposées aux violences : celles âgées entre 18 et 29 ans, insatisfaites de leurs revenus, vivant en banlieue, au chômage, à temps-partiel ou travaillant dans l'enseignement. Le niveau d'éducation influençait le risque de violences extraconjugales (majoré en cas de haut niveau d'étude), mais pas celui de violences domestiques. De même, la FRA a mis en évidence un défaut de signalement des violences à l'égard des femmes : 75 % des victimes ne contactaient ni la police, ni les organismes d'aide aux victimes. Un quart d'entre elles l'expliquaient par un sentiment de honte ou de gêne.

#### **4- En France**

Dans notre pays, la prise de conscience de la fréquence des violences conjugales a été tardive. À partir des années 1990, quelques études épidémiologiques françaises locales les ont exploré (2). Il a fallu attendre l'année 2000 pour que soit réalisée la première enquête nationale : l'*Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (Enveff)* (28). En 2013, afin d'obtenir davantage de statistiques sur ce sujet et d'actions de sensibilisation, la *Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF)* a été créée (29).

##### *a- Les premières enquêtes à l'échelle locale*

L'enquête Saurel-Cubizolles a exploré l'incidence des violences conjugales durant la période du post-partum. Au total, 706 femmes ayant accouché entre 1993 et 1994 dans trois maternités différentes ont été interrogées au cours de trois entretiens successifs (à la naissance, au 5<sup>e</sup> et au 12<sup>ème</sup> mois du post-partum) : 4,1 % des femmes avaient été victimes de violences conjugales dans l'année suivant l'accouchement. Ce taux était corrélé à l'instabilité du couple, à la situation de chômage du compagnon, aux antécédents de fausse-couche spontanée, à la consommation de psychotropes et aux troubles dépressifs (2).

Par la suite, l'enquête THOMAS a étudié l'évolution des violences conjugales entre 1989 et 1999. Pour cela, elle a comparé les données de deux enquêtes antérieures menées auprès des victimes de violences conjugales ayant consulté au service de médecine légale à Toulouse. En l'espace de dix ans, 2,5 fois plus de victimes ont été répertoriées : elles étaient plus jeunes (37,5 contre 36,5 ans), depuis moins longtemps en couple et avaient davantage d'enfants en bas âge. Les agresseurs, quant à eux, étaient âgés de quatre ans de plus et toujours aussi nombreux à consommer de l'alcool (29 %). La proportion de personnes en inactivité professionnelle, victimes et agresseurs confondus, avait augmenté. En 1999, les victimes sollicitaient plus souvent et plus tôt leur médecin (58 % contre 30 % en 1989). Les Interruptions Temporaires de Travail (ITT) étaient plus conséquentes, permettant une meilleure qualification pénale des violences (*cf. paragraphe I-F-1-b-*). L'étude de 1999 a été la première à révéler la part importante d'enfants de victimes exposés (68 %) et touchés (10 %) par les violences conjugales (2).

En 2000, deux études ont été menées à l'Hôtel-Dieu de Paris (2). La première, l'*étude ESPINOZA*, s'est intéressée aux victimes consultant aux urgences suite à une agression. Sur les 116 victimes enregistrées (hommes et femmes confondus), 7 % étaient des victimes de violences conjugales. Seule l'une d'entre elles a porté plainte (2). La seconde, l'*enquête DIAMANT-BERGER*, a étudié les dossiers des patientes ayant consulté à l'Unité Médico-Judiciaire. Les violences conjugales concernaient 8 % des victimes enregistrées (soit 217 femmes). Ces violences survenaient souvent le week-end (53 % des cas) sous forme de coups portés à mains nues (86 % des cas). Les blessures concernaient la tête et le cou dans 46 % des cas, les membres dans 30 % des cas, et le tronc dans 17 % des cas. Les victimes consultaient pour la majorité dans les 24 h suivant l'acte violent (90 %) et accompagnées par la police (98 %). Dans 90 % des cas, l'ITT portée était inférieure à huit jours (2).

Enfin, un travail de recherche a été mené de 1990 à 1999 par le Docteur Lecomte de l'institut médico-légal de Paris auprès de 652 corps de femmes victimes d'homicide autopsiés. L'auteur, souvent violent et/ou alcoolique, était connu par la victime dans 85 % des cas : il s'agissait du mari dans 31 % des cas et d'un partenaire intime dans 20 % des cas. Les homicides survenaient dans un contexte de violences répétées (2).

#### *b- L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (Enveff)*

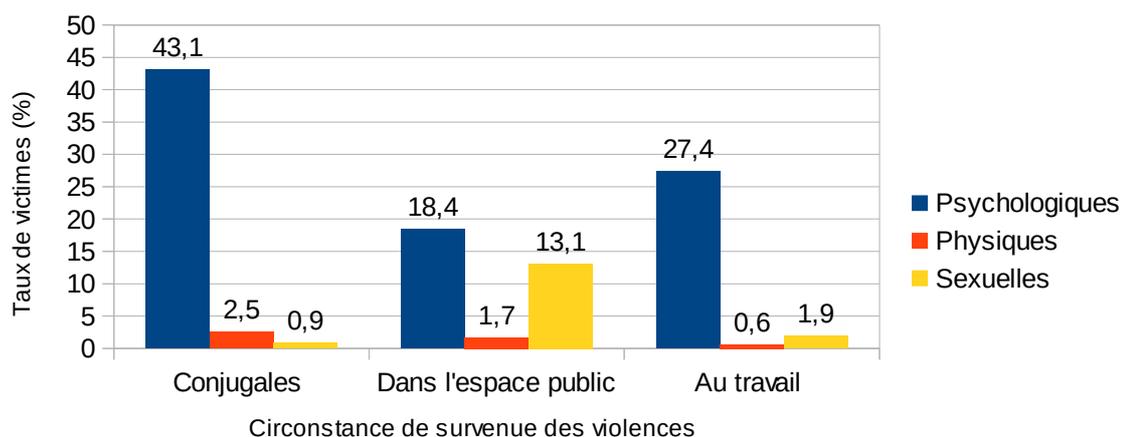
L'*Enveff* constitue la première enquête statistique nationale concernant les violences faites aux femmes en France (28). Elle a été commandée par le *Service des Droits des femmes* suite aux recommandations de la *Conférence sur les femmes de Beijing* de 1995 (cf. *paragraphe I-E-1-*) (30). L'*Enveff* a été réalisée par entretiens téléphoniques de mars à juillet 2000 auprès de 6 970 Françaises âgées de 20 à 59 ans. Ses données ont été intégrées en 2001 au *Rapport Henrion* (cf. *paragraphe I-E-4-a-*) (*Figure 1*) (2).

- *Concernant les violences physiques et/ou sexuelles* : 18 % des femmes avaient déjà subi des violences physiques depuis leur majorité ; l'auteur était le conjoint ou l'ex-conjoint dans 56 % des cas (42 % concernant les tentatives d'homicide). Lors des douze derniers mois, 1,9 % des femmes avaient été victimes de harcèlement sexuel, 0,2 % de tentative de viol et 0,3 % de viol. Le violeur était le conjoint dans 46,9 %.

- *Concernant les violences conjugales* : 10 % des femmes avaient subi des violences conjugales au cours des douze mois précédant l'*Enveff* (4,3 % des violences verbales, 38,8 % psychologiques, 2,5 % physiques et 0,9 % sexuelles). Une grande partie de ces violences survenaient pendant ou après une rupture. Les violences physiques survenaient de façon répétée dans 71 % des cas. Les violences conjugales étaient plus fréquentes chez les femmes âgées de 20 à 24 ans (12 %), sans emploi (13,7 %), étudiantes (12 %) ou ayant été victimes de maltraitance dans l'enfance (taux quadruplé de violences graves).

Les lieux publics sont apparus comme plus sûrs pour les femmes que le domicile conjugal vis-à-vis des violences physiques (25,3 % des cas contre 53 %), psychologiques et sexuelles (30 % contre 47 %), mais également concernant les tentatives d'homicide (39,9 % contre 40,7 %).

**Figure 1 : Proportion de femmes ayant déclaré avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois (Enveff)**



### *c- Le rapport Morts violentes au sein du couple*

Depuis 2006, ce rapport est publié tous les ans par le *Ministère de l'Intérieur*. Il est établi par la *Délégation aux victimes* à partir des données de la police judiciaire.

En 2015, 122 femmes, 22 hommes et 36 enfants sont décédés sur des scènes de violences conjugales. Sur les 115 femmes tuées par leur conjoint officiel, au moins 38 % étaient sujettes à des violences répétées (31).

### *d- La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes*

La MIPROF a établi ce rapport en 2015 pour sensibiliser le public aux violences faites aux femmes en lui exposant des chiffres parlants (32).

Pour cela, elle a repris les données des rapports *Morts violentes au sein du couple* de 2014 et *Cadre de vie et Sécurité (CVS)* des six dernières années (*cf. paragraphe I-C-4-c-*) (33). Ces dernières sont des enquêtes de victimisation réalisées chaque année depuis 2007 par l'*Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)* en collaboration avec l'*Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP)*. Elles servent à évaluer le taux d'infractions subies par les personnes âgées entre 18 et 75 ans. Chaque participant remplit un auto-questionnaire après s'être entretenu avec un enquêteur de l'*INSEE*. Les résultats, exprimés sous forme de pourcentages, sont ensuite extrapolés à l'ensemble de la population française.

Dans ce rapport, la MIPROF a révélé qu'en 2014, une Française décédait tous les 2,7 jours des suites de violences conjugales et que 54 % des cas de violences faites aux femmes recensés étaient des violences conjugales. Une importante différence a été constatée entre le nombre de violences conjugales graves auto-déclarées (223 000 par an entre 2010 et 2015, soit 1 % des Françaises) et le nombre de violences conjugales enregistrées par les forces de l'ordre (82 635 entre 2014 et 2015). Seulement 14 % des victimes portaient plainte. Parmi les violences conjugales recensées, 80 393 concernaient des coups et blessures, 438 des situations de harcèlement sexuel, 1 714 des viols et 90 des tentatives d'homicide ; 88 % des victimes étaient des femmes. Les professionnels de santé étaient les premières personnes extérieures contactées (23 %), suivis des psychiatres et des services sociaux (19 %), des forces de l'ordre (17 %), puis des services téléphoniques et des associations (9 %). En 2014, 16 543 condamnations ont été prononcées, dont 97 % contre des hommes.

### e- L'enquête Violence et Rapports de Genre (Virage)

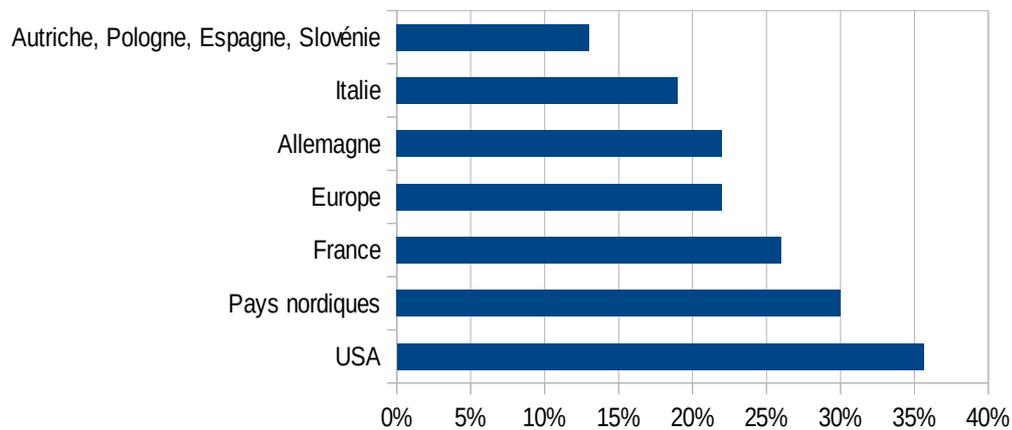
Afin de respecter les exigences de la *Convention d'Istanbul*, une grande enquête épidémiologique nationale est actuellement en cours, quinze ans après l'*Enveff* : l'enquête *Virage*. Lancée en 2015, elle constitue la seule enquête de victimisation française répondant aux standards internationaux édités par l'*ONU* en matière de mesure des violences à l'encontre des femmes. Réalisée par l'*Institut national d'études démographiques (Ined)*, elle a interrogé lors d'entretiens téléphoniques 27 268 hommes et femmes âgés de 20 à 69 ans sur les violences subies au cours des douze derniers mois. Elle permettra ainsi d'évaluer l'efficacité des actions menées depuis l'*Enveff*, d'obtenir des données récentes comparables avec les pays européens, d'étudier les hommes victimes et les enfants exposés, d'analyser les violences subies dans les sphères privées et publiques, mais aussi de chercher un lien entre discriminations sexuelles et violences (34).

Les premiers résultats concernent les violences sexuelles : 2,9 % des femmes ont déclaré en avoir subi lors des douze mois précédant l'enquête. A l'opposé de l'*Enveff*, elles sont apparues comme plus importantes dans les espaces publics (1,9 % contre 0,52 % au domicile). Le reste des données de l'enquête *Virage* devraient être publiés à la fin de l'année 2017.

En plus de quantifier les violences conjugales, les études épidémiologiques ont permis d'identifier leurs facteurs de risque, d'évaluer leurs conséquences et de mesurer le nombre d'enfants exposés (*cf. paragraphes I-D-1, I-D-2 et I-G-1-a*). Grâce à elles, les liens entre violences conjugales, extra-conjugales et maltraitance dans l'enfance, ainsi qu'entre violences répétées et homicides, ont été découverts. De même, en mettant en avant le fait que peu de victimes de violences conjugales portaient plainte, elles remettent en question les études statistiques basées uniquement sur les registres de police ou de gendarmerie, et soulignent l'importance des études de victimisation telles que l'*Enveff*, les *rapports CVS* ou l'*enquête Virage*.

Les études épidémiologiques ont également mis en évidence de fortes disparités entre certains pays ; les plus touchés semblent être les États-Unis et les pays nordiques (*Figure 2*). Cependant, les données statistiques sont difficilement comparables entre elles, du fait de la différence de méthodologie entre chaque étude. Les résultats sont impactés par de nombreux facteurs : leur taille, la source utilisée (registre des plaintes, données des hôpitaux ou d'organismes d'aide aux victimes, questionnaire délivré par téléphone (possible conjoint à côté)...), le mode de sondage (oral, par écrit ou par téléphone), les caractéristiques de l'échantillon (âge, lieu de vie, culture...) et le type de violence étudié (domestique ou conjugale, physique, sexuelle, psychologique, économique ou verbale). Par exemple, en France, 10 % des femmes de 20 à 59 ans étaient victimes de violences conjugales en 2000 selon l'*Enveff*, contre 47 % de violences domestiques depuis l'âge de 15 ans selon l'*enquête de la FRA* de 2014; de même, 1 % des Françaises de 18 à 75 ans auraient subi des violences conjugales graves (physiques et/ou sexuelles) chaque année entre 2010 et 2015 selon la MIPROF, contre 26 % des violences domestiques graves entre 15 et 74 ans selon l'*enquête de la FRA* de 2014 (10,27,28,32).

**Figure 2 : Pourcentage de femmes ayant déjà été victimes au moins une fois dans leur vie de violences conjugales**



*\* D'après les données de The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey de 2010 et de l'enquête de la FRA de 2014*

*\*\* Le Canada n'est pas représenté, faute de données statistiques comparables*

Néanmoins, toutes les études s'accordent sur un point : les violences conjugales sont universelles. Elles concernent toutes les catégories socio-professionnelles, tous les niveaux d'études, tous les âges, tous les sexes et toutes les cultures. Nous allons voir qu'elles peuvent avoir de lourdes conséquences, que ce soit d'un point de vue médical ou économique.

## **D- Conséquences des violences conjugales**

### ***1- Conséquences sur la santé des femmes victimes de violences conjugales***

Les violences conjugales ont un fort impact sur la santé des victimes. Selon l'OMS, les femmes victimes de ce type de violences perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé (2). Dans l'*Enveff*, 16 % des victimes ont qualifié leur état de santé de "moyen" et 4 % de "médiocre" ou "mauvais". Il a été observé chez elles une surconsommation de psychotropes (22 %), ainsi qu'une majoration d'affections chroniques, d'arrêts de travail, et d'hospitalisations (12 %). Une corrélation entre la durée d'exposition aux violences et la fréquence des conséquences mentales et physiques a été démontrée (28).

En 2013, l'OMS a décrit les complications des violences exercées par un partenaire intime (19) :

- *Traumatiques (42 % des cas)* : érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation, fractures, lésions tympaniques et ophtalmologiques.
- *Gynéco-obstétricales* : pathologies gynécologiques, 1,5 fois plus d'infections sexuellement transmissibles (IST), grossesses non désirées, risque doublé d'avortement, fausses couches, enfants mort-nés, accouchements prématurés, 16 % de plus d'hypotrophies du nourrisson.
- *Psychologiques* : états de stress post-traumatique, troubles du sommeil et/ou de l'alimentation, troubles psychiques, 2 fois plus de dépressions et d'exogénose, 4,5 fois plus de tentatives de suicide.
- *Somatiques* : céphalées, lombalgies, douleurs abdominales, fibromyalgies, troubles digestifs, mobilité réduite, mauvais état de santé général.

Les victimes présentent davantage de décompensations de pathologies chroniques. Cela peut s'expliquer par un stress induit, par des conduites addictives ou par une mauvaise observance consécutive à une pathologie dépressive, à un retard à consulter ou à la substitution des médicaments par le partenaire.

### ***2- Conséquences sur la santé des enfants exposés aux violences conjugales***

Les données sur l'exposition des enfants à des scènes de violences conjugales en France sont édifiantes. Elle concernerait 75 % des enfants de victimes de violences conjugales graves (physiques et/ou sexuelles). De même, 1 % des mères d'enfants mineurs en seraient victimes (28,32). En 2015, 68 enfants ont été témoins d'un homicide conjugal et 36 sont décédés sur une scène de violences conjugales (31).

L'exposition des enfants à des scènes de violences conjugales a des effets délétères sur leur santé, que ce soit au niveau somatique en cas d'agressions physiques subies, au niveau psycho-somatique avec l'apparition de troubles de type régressif (dysphasie, insomnies, troubles du comportement alimentaire ou troubles sphinctériens) ou au niveau psychologique (2,12,19).

Un enfant exposé serait plus à risque de reproduire lui-même des actes violents ultérieurement. Plus il est jeune, plus les conséquences sont importantes, faute de mécanismes de défense et de sécurité affective matures (11,28,35).

Depuis 2011, grâce à la *Convention d'Istanbul*, les enfants exposés sont considérés comme des victimes à part entière des violences conjugales (10). Le 4<sup>ème</sup> *plan interministériel 2014-2016* a amélioré leur situation en renforçant l' "ordonnance de protection" : le juge aux affaires familiales (JAF) peut dorénavant statuer rapidement sur l'exercice de l'autorité parentale, le lieu de résidence des enfants, ainsi que sur les droits de visites et d'hébergement (*cf. paragraphes I-E-4-e- et I-E-4-g-*) (36).

### ***3- Conséquences en terme de coût pour la société***

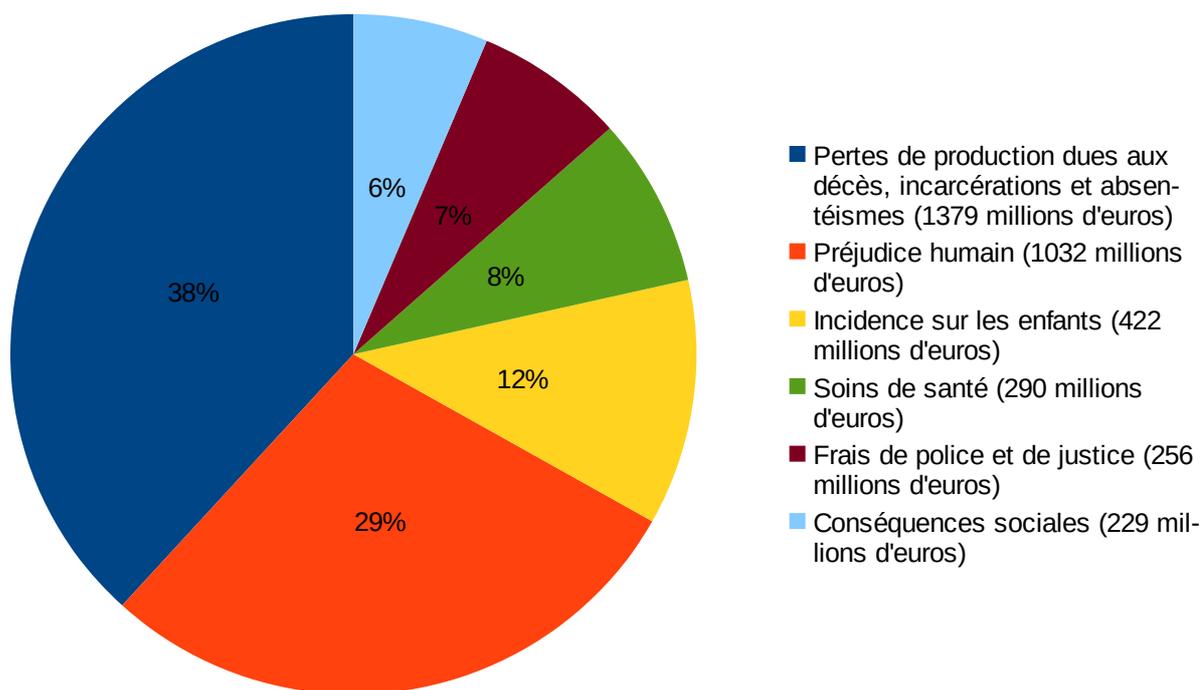
Les violences conjugales ont des conséquences multiples, que ce soit sur la productivité au travail, sur les séquelles psychologiques ou physiques des victimes, ou encore sur les décès prématurés. Leur coût est donc difficile à évaluer avec exactitude. On ne peut apporter que des estimations.

En 2002, un rapport de l'OMS a révélé que la prise en charge d'une femme victime de violences exercées par un partenaire intime coûterait 2,5 fois plus cher à la société que celle des autres femmes. En effet, les conséquences physiques et mentales de ce type de violences majorent l'absentéisme au travail, le risque de chômage, le montant des frais médicaux et des aides sociales versées (9). De même, en 2010, Marc Nectoux a publié une étude qui a montré qu'en augmentant d'un euro le budget des politiques de prévention des violences conjugales en France, l'État, l'Assurance Maladie et les collectivités locales pourraient économiser jusqu'à 87 euros de dépenses sociétales (37).

Afin de quantifier le coût des violences conjugales, le Gouvernement français a commandé plusieurs études depuis 2006. La dernière, l'*Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012*, a montré que le coût des violences conjugales pour la collectivité française était de 3,6 milliards d'euros en 2012, soit 12 % du PIB (contre 2,5 milliards en 2009 et 1 milliard en 2006 ) (*Figure 3*). En ajoutant le coût de la prise en charge socio-éducative des enfants exposés, il s'élèverait de 4.4 milliards d'euros. L'incidence des violences conjugales demeurant stable, cette augmentation du coût lié aux violences conjugales entre 2006 et 2012 peut être attribuée à une meilleure prise en charge des victimes (38).

Ayant pris conscience de l'enjeu à la fois sanitaire et économique, le 5<sup>ème</sup> *plan interministériel 2014-2016* a doublé le budget de l'État consacré à la lutte contre les violences faites aux femmes. Il s'élève dorénavant à 125 millions d'euros. Cependant, il risque d'être revu à la baisse prochainement par le gouvernement actuel (*cf. paragraphe I-E-4-g-*) (39).

Figure 3 : Coût des violences conjugales en 2012 en France



Les violences conjugales ont donc de lourdes conséquences sur la santé des femmes et des enfants exposés. C'est une justification supplémentaire pour qu'elles soient sanctionnées par la justice, au même titre que tous les autres actes de violences.

## E- Le cadre législatif

### 1- Au niveau international : les actions de l'ONU

L'ONU a beaucoup œuvré en faveur des droits des femmes. Née en 1945 après la Seconde Guerre mondiale, cette organisation a pour missions de garantir la paix et le respect des droits de l'Homme dans le Monde. Trois ans après sa création, l'ONU a adopté le premier texte international prônant l'égalité entre les hommes et les femmes : la *Déclaration universelle des droits de l'Homme*. Son premier article est : "Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité (40)."

En 1979, la *Convention de l'ONU sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* a engagé les pays signataires à lutter activement contre la "discrimination à l'égard des femmes" et à publier régulièrement des rapports nationaux (cf. *paragraphe I-A-1-*) (6).

En 1993, la *Déclaration sur l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes* a permis que les "violences à l'égard des femmes" soient reconnues internationalement comme une "violation des droits de la personne humaine et des libertés fondamentales" (cf. *paragraphe I-A-1-*) (7).

De 1975 et 1995, l'ONU a organisé quatre *Conférences mondiales sur les femmes* afin de discuter de l'égalité homme-femme avec ses États membres. Elles se sont déroulées à Mexico en 1975, à Copenhague en 1980, à Nairobi en 1985 et à Pékin en 1995. La dernière, la *Conférence sur les femmes de Beijing*, a fait adopter aux 189 États membres le premier texte international de lutte contre les inégalités homme-femme : *La Déclaration et le Programme d'action de Beijing*. Les pays signataires se sont engagés à lutter contre les discriminations sexistes dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la justice. L'une des mesures adoptées a été l'élaboration d'études statistiques concernant les violences exercées par un partenaire intime, initiant ainsi la réalisation de *l'Enveff* en France (30).

En référence à la date de la première *Conférence mondiale sur les femmes*, l'ONU a proclamé 1975 comme "Année internationale de la femme". Elle a également créé la "Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes". Célébrée le 25 novembre, elle commémore l'assassinat des trois sœurs Mirabal en 1960 lors de leur action militante pour les droits des femmes en République Dominicaine.

### 2- Dans les pays anglo-saxons

#### a- Au Canada

Le gouvernement canadien considère toutes les violences intrafamiliales, qu'elles soient psychologiques, économiques, physiques ou sexuelles, comme des crimes (41).

Depuis 2004, le Québec a lancé plusieurs programmes de lutte contre les violences faites aux femmes. Le premier, couvrant la période 2004-2009, a permis le développement de formations, d'outils de dépistage et d'activités de sensibilisation.

Le programme de résistance aux agressions sexuelles *Enhanced Assess Acknowledge Act Sexual Assault Resistance Program* en est un exemple. Alliant à la fois une formation pratique et théorique, cette intervention, de douze heures est proposée depuis 2011 à chaque étudiante canadienne lors de son entrée en université. Grâce à lui, l'incidence des viols est passée de 9,8 % à 5,2 % (42, 43). Le plan actuel, 2012-2017, vise à améliorer le dépistage précoce des violences conjugales en renforçant la formation continue, en diffusant largement les outils de dépistage et en distribuant des brochures d'information (44).

#### *b- Aux États-Unis*

Les États-Unis ont légiféré autour du droit des femmes dès les années 1960, mettant en place des textes de loi sur l'égalité des salaires, la discrimination positive des femmes, la condamnation du viol conjugal, l'égalité d'éducation et le divorce.

La loi pour lutter contre les violences faites aux femmes a été adoptée en 1994 sous le mandat de Bill Clinton : le *Violence Against Women Act (VAWA)*. Elle a permis de renforcer les sanctions fédérales, d'augmenter les taux de poursuite et de condamnation, le niveau de protection des victimes, et d'améliorer la formation des professionnels impliqués. Elle est d'un équilibre précaire, ayant été suspendue à plusieurs reprises (45,46).

### **3- Au niveau européen**

Depuis 1949, le Conseil de l'Europe assure la protection des droits de l'Homme et de la démocratie. Il a mis en place plusieurs mesures pour lutter contre les violences domestiques.

#### *a- Les programmes "Daphné"*

Initiée en 1997, l'*Initiative Daphné* est le premier programme européen de lutte contre les violences à l'égard des femmes et des enfants. Son but est de favoriser le développement d'études, de formations, de réseaux, de campagnes de sensibilisation et d'actions directes, ainsi que de faciliter le partage de bonnes pratiques avec les organisations non gouvernementales (ONG). Au fil des années, l'*Initiative Daphné* s'est développée et s'est vu attribuer des budgets de plus en plus conséquents (jusqu'à 20 millions d'euros en 2000). Dorénavant, elle est intégrée au programme "*Droits, égalité et Citoyenneté 2014-2020*". En plus de combattre les violences à l'égard des femmes et des enfants, elle lutte contre les discriminations, le racisme, la xénophobie et l'homophobie, et défend les droits des personnes handicapées et des consommateurs (47,48).

#### *b- La Recommandation Rec(2002)5 du Comité des Ministres aux États membres sur la protection des femmes contre la violence*

En l'adoptant en 2002, le Conseil de l'Europe a demandé aux États membres d'élaborer des normes juridiques nationales sur la prévention, la protection et les poursuites des violences à l'égard des femmes, ainsi que de réaliser des enquêtes nationales (49).

### *c- La Convention d'Istanbul*

Constatant la diversité des réponses nationales aux violences à l'égard des femmes, le Conseil de l'Europe a adopté en 2011 un texte visant à uniformiser les normes juridiques des États membres : la *Convention d'Istanbul*, également nommée *Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*. Elle constitue la première base juridique européenne en matière de violences à l'égard des femmes. Elle a permis d'introduire des définitions communes (*cf. paragraphe I-A-2-*). À l'heure actuelle, 39 des 47 États membres de la *Convention de l'Europe* l'ont signé et seulement 19 l'ont ratifié. Les pays signataires se sont engagés à mettre en place les mesures suivantes (10, 50) :

#### *- Mesures préventives :*

- Former les forces de l'ordre, les soignants et les acteurs sociaux.
- Organiser des campagnes de sensibilisation.
- Elaborer des programmes thérapeutiques pour les auteurs de violences domestiques et les délinquants sexuels.
- Ajouter les thèmes de l'égalité des sexes et de la résolution non violente des conflits dans les matériels pédagogiques.
- Lutter contre les stéréotypes de genre grâce aux médias.

#### *- Mesures de protection des victimes :*

- Mettre en œuvre l' "éviction du conjoint violent du domicile".
- Garantir l'accès immédiat des victimes à des informations pertinentes.
- Rendre disponibles des services d'assistance téléphonique gratuits 24h/24 et 7j/7.
- Développer des foyers d'accueil et des centres de crise pour les violences sexuelles dispensant des soins immédiats aux victimes.

#### *- Mesures de poursuite des auteurs de violences conjugales :*

- Ajouter aux textes nationaux des délits applicables aux violences domestiques : la violence psychologique, la violence physique, la violence sexuelle, la viol, la persécution, les mutilations génitales féminines, le mariage forcé, l'avortement forcé et la stérilisation forcée.
- Sanctionner les auteurs de violences domestiques.

*- Politiques intégrées :* assurer la coordination entre les instances politiques et juridiques, les ONG et les organismes publics afin de mettre en place des politiques globales.

La France a ratifié la *Convention d'Istanbul* en 2014, adoptant ainsi ses définitions relatives aux violences faites aux femmes et ses recommandations. La mise en œuvre de ces mesures a été rendue possible grâce au 4<sup>ème</sup> plan interministériel 2014-2016 (*cf. paragraphes I-A-3 et I-E-4-g-*) (10, 50).

#### *4- En France*

En comparaison avec les pays anglo-saxons, le développement de lois autour des violences conjugales a été plus tardif en France. Pourtant, elle a légiféré très tôt autour des droits des femmes, comme l'attestent le droit au divorce en 1792, le droit de vote en 1944, ou encore la *Loi Veil* autorisant l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) en 1974 ( "*voir annexe D*" ). Ce retard législatif est probablement lié à la prise de conscience tardive de l'ampleur des violences conjugales en France, qui n'a eu lieu qu'en 2000 grâce à l'*Enveff* (cf. *paragraphe I-C-4-b-*) (28). Par la suite, les politiques publiques dédiées aux violences conjugales se sont développées, conduisant à l'élaboration de la première loi en 2004.

##### *a- Le Rapport Henrion*

Ce rapport a été rédigé en 2001, par un comité d'experts présidé par le Professeur Roger Henrion, à partir des résultats de l'*Enveff* (cf. *paragraphe I-C-4-b-*) (28) . Il a permis de synthétiser les données existantes sur les violences conjugales, d'évaluer leurs conséquences sur la santé et de proposer des solutions à travers dix "actions prioritaires" (2) :

- *Sensibiliser les professionnels de santé à dépister les violences conjugales* :
  - Réaliser des formations médicales.
  - Mettre à disposition des professionnels de santé des dépliants concernant le dépistage, l'évaluation de la gravité, la rédaction d'un certificat médical et l'orientation des victimes.
  
- *Évaluer des stratégies pilotes de dépistage systématique* : étudier la faisabilité et l'efficacité du dépistage systématique des violences conjugales en consultation médicale.
  
- *Promouvoir le dépistage individuel des violences conjugales par les professionnels de santé* :
  - Former les professionnels de santé affectés aux services de gynécologie-obstétrique, aux centres de planification et aux structures de PMI à détecter les signes évocateurs de violences conjugales (cf. *paragraphe I-G-1-a-*).
  - Désigner un référent dans chaque maternité.
  - Créer une "cellule polyvalente psychosociale" pour accueillir et orienter les victimes.
  
- *Développer des réseaux et le "3919 Violences-Femmes Info"*:
  - Favoriser le travail en réseau pour améliorer la coordination entre les différents professionnels et permettre de compiler les informations dans des registres régionaux. Dans la Vienne, nous pouvons citer le "Réseau Violence Conjugale du Montmorillonnais", le réseau "Violence conjugale" de Loudun et le "Centre d'Information sur les Droit des Femmes et des Familles de la Vienne".
  - Développer l'assistance téléphonique : le numéro d'appel anonyme et gratuit "3919 Violences-Femmes Info" a été créé en 2007. Il est actuellement disponible 7 jours sur 7 du lundi au vendredi de 9h à 22 h et le week-end de 9h à 18h, mais devrait devenir accessible prochainement 24h/24. Entre 2014 et 2016, il est venu en aide chaque année à 50 000 femmes (39).

- *Faire connaître le site "www.sivic.org" : élaboré en 2000 par l'Institut de l'Humanitaire, ce site internet vise à apporter aux professionnels de santé des informations adéquates concernant les violences conjugales. Il reste méconnu par la plupart des soignants.*

- *Élaborer des protocoles de repérage, de prise en charge, de protection et d'intervention pour chaque structure hospitalière : ces protocoles devaient être adaptés à la configuration et à l'activité de chaque établissement. Actuellement, malgré les promesses du 4<sup>ème</sup> plan interministériel 2014-2016, il n'existe que des initiatives locales sans protocole national (cf. paragraphe I-E-4-g-) (36).*

- *Organiser des rencontres entre les différents intervenants locaux : ces réunions, rassemblant professionnels de santé, représentants des forces de l'ordre et intervenants sociaux, servent à étudier les cas les plus complexes de violences conjugales, ainsi qu'à améliorer l'accueil et le suivi des victimes.*

- *Encourager la participation des médecins à la "Commission départementale de lutte contre les violences faites aux femmes" : cette commission, créée en 1989, a pour but à l'échelle départementale d'appliquer la politique nationale de lutte contre les violences faites aux femmes, de dresser un bilan des actions locales, de coordonner le travail des différents intervenants et de définir les actions à conduire.*

- *Assurer la mise à l'abri de la femme victime de violences grâce aux "hospitalisations sous X" et aux hébergements d'urgence.*

- *Recenser et publier annuellement les homicides pour violences conjugales : depuis 2006, le rapport Morts violentes au sein de couple est publié par le Ministère de l'Intérieur. Il expose au public le nombre de décès liés aux violences conjugales (cf. paragraphe I-C-4-c-)(31,33).*

#### *b- Loi du 26 mai 2004 relative au divorce*

Applicable aux couples mariés, ce texte a introduit la mesure d' "éviction du conjoint violent du domicile" : en cas de violences conjugales, le mari violent doit quitter immédiatement le logement commun, même s'il en est propriétaire (51).

#### *c- Loi du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs*

Définissant toute infraction commise au sein du couple comme une circonstance aggravante, cette loi a constitué une avancée majeure dans la répression des violences conjugales. Par exemple, la peine pour "viol entre époux" est passée de 15 à 20 ans d'emprisonnement. De plus, elle a étendu la mesure d' "éviction du conjoint violent du domicile" aux couples divorcés ou liés par un PACS, et a également obligé les auteurs de violences conjugales à suivre une thérapie (52).

*d- Loi du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants*

Ce texte juridique a créé plusieurs mesures majeures (53) :

- *L' "ordonnance de protection"* : il s'agit d'une mesure d'urgence prononcée par le Procureur de la République ou par le JAF dans les 24 heures après l'audition des parties. Elle permet de fixer des restrictions à l'agresseur (évacuation du domicile, impossibilité de porter une arme ou de s'approcher de sa victime), de reloger la victime en dissimulant sa nouvelle adresse et de protéger les enfants exposés. En cas de non-respect des mesures de protection, le conjoint violent risque deux ans de prison, 15 000 euros d'amende et le port d'un bracelet électronique. L' "ordonnance de protection" est renouvelable si une procédure de séparation est débutée ou si une requête relative à l'exercice de l'autorité parentale est déposée.

- *L'extension de la circonstance aggravante aux "ex-" conjoints, concubins et partenaires.*

- *Le "délit de violence psychologique" et le "délit de contrainte au mariage".*

- *Le "délit de harcèlement au sein du couple"* : il est défini par le fait de [soumettre son conjoint à des agissements ou des paroles répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie susceptible d'entraîner une altération de sa santé physique ou mentale]. La sanction maximale est de trois ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende.

- *Le "délit de violences habituelles au sein du couple"* : les violences habituelles sur conjoint sont dorénavant punies au même titre que les violences habituelles sur mineur de moins de quinze ans ou sur personnes vulnérables, à savoir 30 ans d'emprisonnement en cas de décès de la victime, 20 ans en cas de mutilation ou d'infirmité permanente, 10 ans et 150 000 euros d'amende en cas d'ITT supérieure à huit jours, 5 ans et 75 000 euros en cas d'ITT inférieure à huit jours (*cf. paragraphe I-F-1-b-*).

*e- Loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les hommes et les femmes*

Cette loi a mis en application certaines mesures du 4<sup>ème</sup> plan interministériel 2014-2016 (*cf. paragraphe I-E-4-g-*) (36, 54) :

- *La généralisation du "Téléphone Grand Danger" (TGD)* : ce dispositif de téléprotection, accordé par le Procureur de la République aux victimes de violences conjugales graves, leur permet d'avertir les forces de l'ordre en cas de nouvelle agression. Entre 2014 et 2016, 530 TGD ont été déployés, attribués à plus de 600 femmes (39).

- *Le renforcement de l' "ordonnance de protection" et de l' "évacuation du conjoint violent du domicile"* : le nombre d'ordonnances de protection prononcées est passé à 1 737 en 2015 (soit 33 % de plus qu'en 2014) et leur durée de quatre à six mois (*cf. paragraphe I-E-4-d-*) (39).

- *Les stages de responsabilisation pour la prévention et la lutte contre les violences au sein du couple* (*cf. paragraphe I-F-1-b-*).

- *Les aides économiques en faveur des victimes* : 1515 places d'hébergement d'urgence ont été créées entre 2014 et 2016 (soit un total de 4500 places en 2017) et les femmes victimes de violences conjugales sont devenues prioritaires sur l'accès aux logements sociaux (39).

*f- Loi du 13 avril 2016*

Avec cette loi, au lieu d'être considérées comme des contraventions, les violences conjugales sont désormais qualifiées de délits, au même titre que les violences sur mineur de quinze ans, sur personne vulnérable, sur ascendant ou descendant direct ou sur personne dépositaire de l'autorité publique. Par conséquent, la peine encourue cas d'ITT inférieure ou égale à huit jours est passée de 1 à 3 ans d'emprisonnement, assortie d'une amende de 45 000 euros (cf. *paragraphe I-F-1-b-*) (55). Par contre, les viols conjugaux demeurent des crimes.

*g- Les plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes*

À l'initiative du *Ministère des Droits des Femmes*, plusieurs plans interministériels se sont succédé depuis 2005 afin de lutter contre les violences faites aux femmes.

Le *4<sup>ème</sup> plan interministériel 2014-2016* a donné lieu à plusieurs mesures, dont celles de la *Loi du 4 août 2014* (cf. *paragraphe I-E-4-e-*) (36,39) :

- *Amélioration de la prise en charge par les forces de l'ordre* :

- Développement du "protocole plainte" encadrant le recueil de plaintes par les forces de l'ordre : 90 ressorts de TGI couverts en 2017.
- Création de 81 postes d'intervenants sociaux assurant l'accueil des victimes de violences intrafamiliales au sein des forces de l'ordre (260 en 2017).

- *Formation de 300 000 professionnels par la MIPROF*

- *Expérimentation des "kits de constatation en urgence" dans des services d'urgence* : utilisés aux États-Unis, ces kits permettent d'effectuer tous les prélèvements nécessaires à la constitution de preuves suite à un viol.

- *Amélioration de la prise en charge sociale* :

- Mise en place des "espaces de rencontre parents-enfants", permettant aux enfants exposés de voir leurs parents dans un lieu neutre sécurisé : 160 espaces en 2016.
- Consolidation de "l'accueil de jour" : création de 50 nouveaux lieux ; en 2016, on en recensait 327 répartis dans 99 départements (cf. *paragraphe I-F-2-b-*).
- Développement du dispositif de "référént pour les femmes victimes de violences au sein du couple" : élaboré en 2008, ce système vise à améliorer la coordination locale entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des violences conjugales en désignant un référént par département. En 2016, 74 postes existaient, répartis dans 52 départements.

Le 5<sup>ème</sup> plan de mobilisation et de lutte contre les violences (2017-2019) s'est fixé trois objectifs (39) :

- Assurer l'accès aux droits et sécuriser les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences : il s'agit de renforcer les mesures du 4<sup>ème</sup> plan interministériel 2014-2016, de développer une offre de soins psycho-traumatiques et d'accompagner les victimes dans leur insertion professionnelle (36).

- Renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants :

- Protéger les enfants exposés : renforcement des "espaces de rencontre parents-enfants", suppression des médiations familiales en cas de violences conjugales, expérimentation de la "mesure d'accompagnement protégée".
- Créer 100 solutions d'hébergement spécialisées dans la prise en charge des 18-25 ans sans enfants.
- Renforcer les permanences d'écoute et expérimenter les "bons taxi" en milieu rural.

- Lutter contre le sexisme, qui banalise la culture des violences faites aux femmes, à l'aide de campagnes d'information.

Dorénavant, les victimes de violences conjugales sont donc protégées par de nombreuses lois en France. Ces dernières peuvent être d'un équilibre précaire, comme l'a montré la suspension temporaire du *VAWA* aux États-Unis de 2012 à 2013 (45). Grâce à la collaboration des systèmes judiciaires, médicaux et sociaux, une prise en charge des violences conjugales est aujourd'hui possible en France.

## **F- Prise en charge des violences conjugales en France**

La prise en charge des violences conjugales a longtemps été limitée à la protection des victimes et à la répression des auteurs en France, alors que d'autres pays ont d'emblée mesuré l'importance de soigner également les partenaires violents. Par exemple, le Canada dispose depuis 1982 de "Centres d'accueil pour les hommes violents envers leurs compagnes" (205 centres en 2004) qui utilisent l'approche thérapeutique cognitivo-comportementale sur des groupes de conjoints violents. Conformément à la *Convention d'Istanbul*, de nombreux pays européens se sont aussi intéressés à cette méthode, comme l'Autriche, le Luxembourg, la Belgique, l'Irlande, la Lettonie, la Norvège, le Portugal, la Suisse et le Royaume-Uni. La prise en charge psychologique et l'intervention sur les conduites à risque associées (éthylisme, toxicomanie) sont des axes semblant prometteurs (10,50,56,57).

### ***1- Par le système judiciaire***

#### ***a- Prise en charge judiciaire des victimes de violences conjugales***

En France, afin de défendre ses droits, une victime de violences conjugales peut soit porter plainte contre son agresseur, ou à défaut faire une main-courante. Dans ce dernier cas, aucune enquête ne sera ouverte, mais les faits seront datés officiellement en vue d'une procédure judiciaire ultérieure. Pour qu'une audience soit fixée rapidement, la victime doit apporter des preuves significatives attestant de l'urgence de la situation, telles que des certificats médicaux, des témoignages de proches, ou encore des plaintes. Dans l'attente du procès, des mesures de protection peuvent être mises en place, comme le TGD, l'ordonnance de protection ou l'éviction du conjoint violent du domicile (*cf. paragraphe I-E-4*)(58).

#### ***b- Prise en charge judiciaire des auteurs de violences conjugales***

- *La stratégie répressive* : la qualification pénale diffère selon le type de violences (58,59).

En cas de violences conjugales légères et isolées, le Procureur de la République peut décider de ne pas poursuivre le partenaire violent. Il peut prononcer soit une composition pénale (amende, stage de responsabilisation ou travaux d'intérêts généraux), soit un rappel à la loi, ou bien une médiation pénale (accord conclu entre les deux partis).

Dans tous les autres cas, la sanction pénale dépend du type de violences commises, de leur récurrence et de l'ITT (durée pendant laquelle la victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer, se rendre au travail)) (*Figure 4*). Depuis la *Loi du 13 avril 2016*, les violences conjugales sont considérées comme un délit, et non plus comme des contraventions (*cf. paragraphe I-E-4-f*). Les viols constituent des crimes et sont jugés en Cour d'assises ; la peine minimale encourue est de dix ans de prison.

**Figure 4 : Violences conjugales et sanctions judiciaires**

TYPE DE VIOLENCES CONJUGALES	ITT ≤ 8 jours	ITT > 8 jours
Physiques	3 ans de prison 45 000 € d'amende	5 ans de prison 75 000 € d'amende
Physiques "habituelles"	5 ans de prison 75 000 € d'amende	10 ans de prison 150 000 € d'amende
Psychologiques	3 ans de prison 45 000 € d'amende	
Sexuelles	20 ans de prison	
Ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner :		
- un épisode unique	20 ans de prison	
- plusieurs épisodes répétés	30 ans de prison	
Meurtre ou tentative de meurtre	Prison à perpétuité	

- *La stratégie thérapeutique* : rendue obligatoire en France par la *Loi du 4 avril 2006*, elle était jusque-là assurée par quelques associations locales. La *Loi du 4 août 2014* a permis d'instaurer des stages de responsabilisation. D'une durée de douze heures, ils ont lieu auprès de groupes de six à huit personnes. Les frais restent à la charge de l'auteur des violences conjugales, allant de 140 à 350 euros. En 2016, 84 dispositifs de ce type étaient répertoriés sur le territoire français (39).

## **2- Par les professionnels de santé**

Les professionnels de santé peuvent se sentir désemparés lorsqu'ils sont confrontés à un cas de violences conjugales, faute d'outils de dépistage, de protocoles et de recommandations officielles à disposition, qui ont pourtant été promis par le *Rapport Henrion* et le *4<sup>ème</sup> Plan interministériel 2014-2016* (cf. paragraphe I-E-4-a- et I-E-4-g) (2, 36). Des documents ont été élaborés pour leur venir en aide, comme *Lutte contre la violence au sein du couple, le rôle du professionnel de santé* diffusé par le *Ministère des Droits des femmes* en 2008, *Violences conjugales, aide à la prise en charge médicale à destination des médecins* édité par le CHU d'Angers ou encore *Lutte contre les violences faites aux femmes* créé par la région Poitou-Charentes (60-62).

La consultation avec une victime de violences conjugales possède trois objectifs majeurs.

### *a- Recueillir des éléments factuels en vue de l'élaboration d'un certificat médical*

L'interrogatoire permet de recueillir des données concernant les violences subies (leur date de début, leur fréquence, leur type, les personnes concernées, le contexte), l'environnement de la victime, la notion de conduites addictives ou d'antécédents psychiatriques chez le partenaire et le retentissement sur le psychisme. Lors d'un entretien avec une victime de violences conjugales, l'écoute est une qualité importante. Un rappel de la confidentialité et du secret médical permet de mettre la personne en confiance. Les propos de la victime ne doivent pas être mis en doute, ni être banalisés.

De manière générale, dès que le sujet des violences conjugales est abordé en consultation, le professionnel de santé doit préciser qu'il est capable d'aider les victimes ; ainsi, il est identifié par le patient comme un interlocuteur potentiel en cas de situations de violences conjugales. L'examen physique recherche des signes de violences conjugales, voire de complications, qui seront si possible notifiés sur un schéma ou photographiés.

L'ensemble de ces éléments permet au médecin de réaliser le certificat médical initial descriptif ( "*voir annexe E*" ). L'ITT, qui permet par la suite de fixer la sanction juridique, y est précisée (*cf. paragraphe I-F-1-b-*). Ce document est remis en main propre à la victime, car, sans ce certificat, elle pourra difficilement saisir la justice. Une copie est conservée dans le dossier médical.

#### *b- Soigner et orienter la victime vers les services compétents*

Plusieurs professionnels peuvent apporter une aide spécifique aux victimes de violences conjugales :

- *Au niveau médical* : tout soignant, mais particulièrement les psychologues, les psychiatres, les services d'urgence, les services de médecine légale

- *Au niveau juridique* :

- Les forces de l'ordre
- Les avocats: leurs coordonnées sont disponibles sur le site du Conseil national des barreaux ([www.cnb.avocat.fr](http://www.cnb.avocat.fr)). Une aide peut être demandée auprès de l'État ou auprès de certaines compagnies d'assurance. Il existe des consultations juridiques gratuites, ainsi que des permanences au sein des Palais de Justice.

- *Au niveau social* :

- Les associations locales et nationales (n° 3919) ( "*voir annexe F*" ) (8) (61)
- Les accueils de jour : ces structures départementales ont été créées en 2002 afin de compléter les permanences d'information déjà assurées par certaines associations locales. Elles reçoivent en journée les victimes et leurs enfants afin de les écouter et de les aider à préparer un éventuel départ du domicile conjugal. Ce service est sans rendez-vous, anonyme et gratuit.
- Les "Maisons Des Solidarités" : ces structures comprennent des assistantes sociales qui pourront guider la victime dans sa recherche de logement, d'école et d'aides financières.
- Les hébergements d'urgence : mis à disposition par la mairie, la liste des hébergements d'urgence est disponible sur le site "[www.sosfemmes.com](http://www.sosfemmes.com)".

*c- Évaluer la gravité des violences, conseiller et agir*

- *Évaluer la dangerosité de la situation* : tout en essayant de déresponsabiliser la victime, le soignant doit lui expliquer les complications des violences conjugales et lui rappeler la loi. La recherche de signes de gravité permet au soignant de s'assurer que la victime peut retourner à son domicile sans risque :

- Concernant la victime : la peur, le risque suicidaire, les antécédents judiciaires et psychiatriques.
- Concernant l'auteur : les conduites addictives, la possession d'armes.
- L'exposition d'enfants aux scènes de violences.

En cas de danger imminent, une hospitalisation de protection ou un hébergement d'urgence peuvent être proposés.

- *Conseiller à la victime d'établir un "scénario de protection"* : ce "plan de sécurité" pourra être utile à la victime en cas de départ précipité du domicile familial :

- Mémoriser dans son téléphone les contacts utiles : proches, police, SAMU, 3919.
- Ouvrir un compte bancaire personnel avec son nom de naissance et une autre adresse
- Réunir des éléments de preuve dans une boîte mail privée ou en lieu sûr : témoignages écrits de l'entourage (signés, datés, accompagnés d'une photocopie d'identité), plaintes ou certificats médicaux
- Préparer une valise contenant des affaires de première nécessité, un double des clés du logement, du liquide, une copie des éléments de preuves et des documents officiels

En cas départ inopiné avec des enfants, la victime doit absolument le signaler à la police ou à la gendarmerie, sous peine de poursuites de son agresseur. Elle a la possibilité de se faire domicilier à l'adresse de la police, de la gendarmerie ou de son avocat.

- *Proposer à la victime d'effectuer un signalement avec son consentement* : en cas de refus de la victime, les professionnels de santé peuvent faire un signalement si les violences conjugales concernent un mineur de moins de quinze ans ou une personne qui n'est pas en état de se protéger en raison de son état psychique ou physique (63). La *Loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015* a précisé que les professionnels de santé ne pouvaient voir leur responsabilité pénale, civile ou disciplinaire engagée en cas de signalement de maltraitances, sauf si leur mauvaise foi est avérée. Elle a également étendu la procédure de signalement aux autres professionnels de santé (64).

En pratique, tout professionnel de santé confronté à une situation litigieuse peut demander l'avis de son Conseil de l'Ordre. Une alternative au signalement peut être d'hospitaliser la victime. Dans cette configuration, l'*Article 40 du Code de Pénal* s'applique, [obligeant toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit, d'avertir sans délai le Procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes relatifs] (65).

Plusieurs types de professionnels sont donc amenés à prendre en charge les victimes de violences conjugales, que ce soit les travailleurs sociaux, les professionnels de santé, ou les représentants de l'autorité judiciaire. Un travail en réseau semble être nécessaire pour partager ses expériences, améliorer l'aide aux victimes et développer des protocoles locaux. De même, un dépistage des violences conjugales ne permettrait-il d'améliorer leur prise en charge ?

## G- Le dépistage des violences conjugales

Seize ans après le *Rapport Henrion*, le dépistage des violences conjugales reste encore peu réalisé en France (2). Pourtant, comme nous l'avons vu, les violences conjugales constituent un réel problème de santé publique qui a un lourd impact, à la fois sanitaire, social et financier, et pour lequel des solutions existent. Une prise en charge précoce semble préférable car les conséquences sur la santé mentale et physique augmentent en fonction de la durée d'exposition aux violences (12). Une victime de violences conjugales peut rester longtemps méconnue devant l'absence de symptômes ou leur non-spécificité, ou bien par défaut de consultation ou d'examen physique dévêtu. Le plus souvent, les victimes rencontrent des difficultés à se confier aux professionnels de santé : dans l'*Enveff*, près de la moitié des victimes n'en avaient jamais parlé à personne et dans l'*enquête de la FRA*, seulement 6 % des victimes avaient sollicité l'aide d'un médecin (cf. paragraphes I-C-3- et I-C-4-b-) (11,28). Pourtant, dans un rapport de la MIPROF, les médecins étaient les premières personnes extérieures contactées par les victimes (cf. paragraphe I-C-3-d) (32-33). Les professionnels de santé semblent également gênés par le sujet : les médecins généralistes français en dépisterait moins de trois par an (2,66). Pourtant, il a déjà été prouvé que les patientes souhaiteraient que les soignants abordent ce problème en premier et seraient favorables à l'instauration d'un dépistage (67-71).

### *1- Type de dépistage : ciblé ou systématique ?*

Faut-il réaliser un dépistage ciblé des violences conjugales, appliqué aux personnes présentant des facteurs de risque, ou au contraire systématique, s'adressant à tout le monde ? Plusieurs courants de pensée s'opposent actuellement.

#### *a- Facteurs de risque des violences conjugales*

En consultation, les victimes de violences conjugales se révèlent être souvent des patientes peu observantes, qui consultent avec du retard, oublient leurs rendez-vous, ou au contraire consultent fréquemment pour de multiples motifs. Le partenaire violent est très présent lors des consultations. Il peut, dans une volonté de contrôle, aller jusqu'à empêcher sa victime de consulter un médecin ou de prendre ses médicaments. Il est souvent peu impliqué dans l'éducation des enfants, et capable d'utiliser la force physique et verbale dans ses méthodes disciplinaires. Le Professeur Henrion a dressé pour le *Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français* (CNGOF) une liste de facteurs de risque présents chez les victimes et les partenaires violents (2,12) :

- *La victime* : âgée de 20 à 24 ans, étudiante ou sans emploi, élevée en institution, immigrée de première ou deuxième génération originaire du Maghreb ou d'Afrique subsaharienne.

- *Le partenaire violent* : immature et impulsif, psychorigide autoritaire ou jaloux compulsif, migrant, consommateur de substances psychoactives, ayant été témoin ou victime de violences dans l'enfance, instabilité professionnelle ou mise au chômage récente ou multiplication des périodes de chômage, infériorité du niveau scolaire.

- *Le couple* : importante différence d'âge, couple mixte (homme d'origine étrangère et femme d'origine française), dépendance financière de la femme, instabilité du couple, refus de rapports sexuels, infidélité, instance de divorce ou séparation récente, grossesse, IVG, mésentente ou conflit à propos des enfants et de leur garde.

- *Le comportement du couple* : patiente alternant des phases de crainte/d'apathie et des phases d'agressivité et d'irritabilité, conjoint trop prévenant, qui répond à la place de sa femme et a des attitudes intimidantes.

Par ailleurs, afin d'expliquer les forts écarts de prévalence des violences conjugales entre les pays constatés dans son rapport de 2005, l'*OMS* a identifié plusieurs facteurs de risque. Contrairement au *CNGOF*, l'*OMS* a pris en compte l'influence de la société (*Figure 5*) (cf. paragraphe I-C-1) (18, 72).

**Figure 5 : Facteurs de risque de violences exercées par un partenaire intime selon l'OMS (2010)**

	La victime	L'auteur	Le couple
Individuels	Enceinte Séparée ou divorcée	Au chômage	Jeune âge Faibles revenus Bas niveau scolaire Troubles de la personnalité Dépression Addictions Antécédents de violences subies
Relationnels		Infidèle	Ecart de niveau de scolarité Insatisfaction conjugale Relation longue Enfants
Communautaires	Acceptation par la communauté de modèles traditionnels relatifs aux rôles des deux sexes Caractéristiques des quartiers : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté, chômage, faible niveau d'alphabétisation</li> <li>• Tolérance à l'égard des violences, grande proportion de ménages qui ont recours aux punitions corporelles</li> <li>• Faible proportion de femmes avec une grande autonomie ou un niveau élevé de scolarité</li> </ul> Faible désapprobation des violences par la communauté		
Sociétaux	Législation concernant les violences conjugales Normes sociales propices aux violences Normes traditionnelles quant aux rôles des deux sexes		

#### *b- Études concernant le dépistage systématique des violences conjugales*

Plusieurs études ont été réalisées concernant l'intérêt du dépistage systématique des violences conjugales. Elles montrent qu'en plus de doubler le nombre de victimes identifiées, le dépistage systématique diminuerait le taux de dépression chez les victimes à un an et les sécuriserait (73-75).

Par contre, aucun effet sur la qualité de vie des victimes, sur les taux de récidives, sur la consommation de toxiques, sur le recours aux soins ou aux aides sociales n'a pour l'instant été mis en évidence (76-78).

## **2- Les recommandations concernant le dépistage des violences conjugales**

### *a- Au niveau international*

En 2013, l'*OMS* s'est prononcée en faveur du dépistage ciblé des violences conjugales, faute d'étude prouvant l'efficacité du dépistage systématique (79). Elle recommande de les rechercher face aux situations suivantes :

- Symptômes dépressifs, troubles du sommeil, anxiété, syndrome post-traumatique, tentative de suicide ou auto-mutilation,
- Consommation d'alcool ou de drogues,
- Symptômes gastro-entérologiques ou gynéco-urinaires chroniques inexplicables,
- Pathologies obstétricales (multiples fausses-couches ou avortements, déni de grossesse...),
- Saignements ou infections génitales répétées,
- Douleurs chroniques inexplicables,
- Blessures répétées et inexplicables,
- Symptômes neurologiques : céphalées, troubles cognitifs, perte d'audition,
- Consultations fréquentes sans diagnostic précis,
- Conjoint intrusif lors des consultations.

### *b- Au Canada*

Depuis 2003, le *Groupe d'Etude Canadien sur les Soins de Santé Préventifs* (GECSSP), également nommé *Canadian Task Force*, recommande également le dépistage ciblé des violences conjugales pour les mêmes raisons que l'*OMS* (80).

A l'inverse, *The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (SOGC) s'est positionnée en 2005 en faveur du dépistage systématique. Elle préconise l'inclusion de questions concernant les violences conjugales dans les questionnaires d'admission distribués au cours des consultations préventives annuelles, de routine ou de suivi de grossesse (81). Plusieurs structures de soin canadiennes appliquent cette recommandation. Par exemple, au Québec, tous les "centres locaux de service communautaire" (CLSC) utilisent depuis 1998 le *Protocole de dépistage systématique de la violence conjugale*, qui est constitué d'une grille d'observation, d'un questionnaire de dépistage et d'un entretien individuel (*cf. paragraphe IV-G-2-b*).

### *c- Aux États-Unis*

Plusieurs sociétés savantes, comme l'ACOG, l'American Academy of Family Physicians, l'American College of Emergency Physicians, l'American Medical Association, l'American Academy of Pediatrics et l'Emergency Nurses Association, ont recommandé le dépistage systématique des violences conjugales (82, 83). L'ACOG a suggéré d'utiliser l'outil suivant (93) :

"Because violence is so common in many women's lives and because there is help available for women being abused, I now ask every patient about domestic violence :

*(Parce que les violences conjugales touchent de nombreuses femmes et qu'il est possible de les aider, dorénavant je demande à chacune de mes patientes si elle est concernée par ce type de violences : )*

- Within the past year -- or since you have been pregnant -- have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone ?

*(Depuis un an (ou depuis que vous êtes enceinte), avez-vous reçu des coups de pied, été frappée, giflée ou blessée d'une quelconque façon par quelqu'un ?)*

- Are you in a relationship with a person who threatens or physically hurts you ?

*(Fréquentez-vous quelqu'un qui vous menace ou qui vous frappe ?)*

- Has anyone forced you to have sexual activities that made you feel uncomfortable ? "

*(Quelqu'un vous a-t-il contraint à avoir des activités sexuelles que vous ne souhaitiez pas vraiment ?)*

En 2013, l'*U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF), un comité américain d'experts en matière de santé influent et indépendant du gouvernement, s'est lui aussi prononcé en faveur d'un dépistage systématique. Il recommande de l'effectuer à l'aide des six outils validés suivants : le WAST, l'HITS, l'OAS/OVAT, le StaT, l'HARK et le CTQ-SF (*cf. paragraphe I-G-3-*). Cependant, l'*USPSTF* a émis quelques restrictions : le dépistage doit être réalisé uniquement chez les Américaines en âge de procréer (de 14 à 46 ans) et non vulnérables, faute de validation de ces outils chez les autres femmes (84).

### *d- En France*

Le dépistage systématique en France ne fait pour l'instant l'objet que de quelques initiatives locales, alors qu'il constitue l'une des dix actions prioritaires du *Rapport Henrion* de 2001 et est recommandé chez les femmes enceintes par la *Haute Autorité de Santé* (HAS) depuis 2005 (*cf. paragraphe I-E-4-a-*) (2, 85, 86). En 2004, le *CNGOF* a recommandé de suspecter une situation de violences conjugales dans les cas suivants (2,12) :

- Lésions traumatiques ou séquelles (asthénie, myalgies),
- Aggravation de pathologies chroniques,
- Troubles psychosomatiques d'étiologie inconnue : gastrite, colite, lombalgie, céphalée, paresthésies des mains, tachycardie, palpitation, oppression thoracique, dyspnée, affections gynécologiques variées,
- Troubles psychiques : anxiété, syndrome de stress post-traumatique, troubles des conduites instinctuelles (sommeil, alimentation et sexualité), addictions (alcool, drogues, psychotropes), dépression, troubles cognitifs (difficulté de concentration, d'attention et troubles de la mémoire), confusion mentale, troubles délirants.

Le *CNGOF* a également proposé un test de dépistage en cinq questions (2,12) :

- Dans le climat de violence où nous vivons, avez-vous été l'objet de violences ?
- Était-ce dans le cadre familial ?
- Vous entendez-vous bien avec votre mari ou compagnon ?
- Qu'est-ce qui vous rend triste ?
- Voulez-vous m'en parler ?

Le dépistage des violences conjugales fait donc débat (*Figure 6*). Alors que la plupart des études supposent que le dépistage systématique est peu efficace, nombre de sociétés savantes le recommandent, argumentant entre autres que les études existantes présentent des biais méthodologiques importants et qu'il est essentiel de mettre en sécurité les victimes de violences conjugales. La réalisation de nouvelles études concernant l'intérêt du dépistage systématique semble nécessaire.

**Figure 6 : Résumé des arguments pour et contre le dépistage systématique**

	<b>EN FAVEUR DU DEPISTAGE SYSTEMATIQUE</b>	<b>CONTRE LE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE</b>
Arguments	<ul style="list-style-type: none"> <li>- augmente le nombre de victimes dépistées</li> <li>- mise en sécurité et soutien des victimes</li> <li>- diminue les taux de dépression</li> <li>- dépiste les violences "invisibles"</li> <li>- biais méthodologiques des études existantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n'améliore pas la qualité de vie, ni l'efficacité à long terme, ni le taux de récidive</li> <li>- ne diminue pas les conduites addictives</li> <li>- n'améliore pas l'orientation des victimes</li> </ul>
Position des sociétés savantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canada : CLSC, SOGC</li> <li>- USA : <ul style="list-style-type: none"> <li>ACOG</li> <li>American Academy of Family Physicians</li> <li>American College of Emergency Physicians</li> <li>American Medical Association</li> <li>American Academy of Pediatrics</li> <li>Emergency Nurses Association</li> <li>USPSTF pour les femmes non vulnérables en âge de procréer</li> </ul> </li> <li>- France : <ul style="list-style-type: none"> <li>CNGOF</li> <li>HAS en cas de grossesse</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ONU : OMS</li> <li>- Canada : Canadian Task Force</li> </ul>

### 3- Les outils de dépistage des violences conjugales

Des outils de dépistage sont déjà utilisés en France dans le milieu médical, tels que le Repérage Précoce et à l'Intervention Brève (RPIB) pour l'alcool, le cannabis et le tabac, le KASD pour la dépression des adolescents, ou encore l'échelle MBI pour le burn-out.

Les pays anglo-saxons ont développés une quinzaine d'outils de dépistage précoce des violences conjugales, dont certains pourraient être utilisés en France (*Figure 7*) (*"voir annexe G"*) (87). L'utilisation du WAST, du HITS, de l'OAS/OVAT, du StaT, du HARK et du CTQ-SF est recommandée aux États-Unis par l'*USPSTF* (84). Le seul outil de dépistage des violences conjugales validé en langue française et applicable en milieu ambulatoire est le WAST.

**Figure 7 : Outils de dépistage des violences conjugales développés par les pays anglo-saxons**

<u>Validés</u>	<u>Non validés</u>
<p><b>Milieu hospitalier</b>            Abuse Assessment Scale (AAS)*            Abuse Screening Inventoryl (ASI/= ARI)            HARK            Ongoing Abuse Screen (OAS) (H)            Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT)            Partner Violence Screen (PVS)*            SAFE-T            Protocole Saint-Hubert*            Slapped, Things and Threaten (StaT)            Women's Experience with Battering Scale (WEBS)*</p>	<p><b>Milieu hospitalier</b>            Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA)*            Computerized Intimate Partner Violence Screen (CIPVS)</p>
<p><b>Milieu hospitalier et extra-hospitalier</b>            Hurt, Insult, Threaten, Scream (HITS) (H)            Abuse Risk Inventory (ARI)  <b>Woman Abuse Screening Tool (WAST)*</b></p>	<p><b>Milieu hospitalier et extra-hospitalier</b>            RADAR for Men (H)</p>

\* = Echelles traduites et validées en langue française

(H) = Validées également chez les hommes

### 4- Le Woman Abuse Screening Tool (WAST)

Le WAST est un outil de dépistage des violences conjugales validé en langue anglaise, française et espagnole. Il peut être utilisé par tous les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'activité (rural, semi-rural, urbain) et leur mode d'exercice (ambulatoire ou hospitalier) (*"voir annexe G"*). Il a été développé par J. B. Brown et son équipe canadienne dans l'Ontario à travers trois études (3-5).

En 1996, l'étude canadienne *Development of the Woman Abuse Screening Tool for Use in Family Practice* a créé la première version anglaise du questionnaire WAST. A partir d'une revue de la littérature, huit questions ont été sélectionnées pour être appliquées à 24 victimes de violences conjugales hébergées dans un centre d'accueil, ainsi qu'à 24 femmes connues pour n'avoir jamais subi ce type de violences. Pour chaque question, les participantes ont indiqué leur niveau d'aise lors d'un entretien avec une enquêtrice et lors d'une consultation fictive avec leur médecin de famille. Le niveau d'aise était coté de 1 ("pas du tout à l'aise") à 4 ("très à l'aise"). Elles ont également rempli un questionnaire sociodémographique et l'"Abuse Risk Inventory" (ARI), un outil de dépistage anglais à 25 items qui a servi de Gold standard. Au terme de l'essai, sept questions ont été retenues pour constituer le WAST.

Le questionnaire final s'est révélé très fiable (coefficient de cohérence interne  $\alpha = 0,95$ ), valide et discriminant. Le niveau d'aise était plus faible chez les victimes de violences. Les deux questions avec lesquelles les femmes étaient le plus à l'aise (les deux premières) ont servi à élaborer une version abrégée du WAST : le "WAST-short" (sensibilité : 100 % et spécificité : 91,7 %) (3).

En 2000, l'essai randomisé intitulé *Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-Short in the Family Practice Setting* a testé le WAST en condition réelle dans des cabinets de médecine générale ruraux et urbains canadiens. Le précédent questionnaire a été repris en lui ajoutant une huitième question concernant les violences sexuelles. Parmi les 400 médecins de famille répertoriés dans les environs de la ville de London au Canada, 44 ont été tirés au sort et, après contact téléphonique, 20 ont accepté de participer. Après avoir reçu une brochure d'information, chaque médecin devait inclure 15 à 20 patientes de manière consécutive. Un total de 399 patientes a été obtenu. Une assistante de recherche leur a expliqué à leur arrivée le projet. Après la consultation avec le médecin au cours de laquelle le WAST était administré, elle leur a demandé leur niveau d'aise (côté de 1 à 4) et de compléter l'ARI. À la fin de l'étude, les médecins ont dû retourner un questionnaire qui recueillait leur niveau d'aise, leur ressenti grâce au "Perceived Usefulness Questionnaire" (côté à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points) (cf. *paragraphe III-B-2-*), ainsi que leur relation avec la patiente et son partenaire via le "Prior Knowledge Questionnaire". Là encore, le WAST s'est révélé fiable ( $\alpha = 0,75$ ) et valide. Parmi les participantes, 8,5 % ont été identifiées comme à risque élevé de violences conjugales. L'ensemble des médecins et 91 % des patientes se sont sentis à l'aise ou très à l'aise en l'utilisant, avec un niveau d'aise moyen de 3,6/4. D'ailleurs, 85 % des médecins l'ont jugé clair, 65 % ont trouvé qu'il les avait aidés à identifier des victimes, 70 % se sont sentis plus sûrs d'eux en s'en servant et 75 % voulaient continuer à l'utiliser. Des corrélations statistiquement significatives ont été trouvées chez les médecins entre leur niveau d'aise, leur nombre d'années d'expérience, et le sexe féminin, ainsi que chez les patientes entre le niveau d'aise et le statut de victime. Pour les besoins de l'étude, nous appellerons cette version anglaise du WAST le "WAST-ang" (4).

Enfin, en 2001, l'étude *Dépistage de la violence faite aux femmes, épreuves de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français* a expérimenté une version franco-canadienne du WAST auprès de Canadiennes francophones en reprenant la même méthodologie que l'étude de 1996. Il s'agit de la traduction française de la première version anglaise du WAST à sept questions. Il a été appliqué à 25 victimes hébergées dans un refuge, ainsi qu'à 21 femmes n'ayant jamais été victimes de violences conjugales. Un système de cotation à 21 points a été fixé. Cette version du WAST est apparue comme fiable ( $\alpha = 0,95$ ), valide et discriminante. Pour des raisons pratiques, nous le surnommerons "WAST-fr/can". Là encore, le niveau d'aise était plus faible chez les victimes. Par contre, le WAST-short version franco-canadienne a perdu en spécificité par rapport à sa précédente version (78,7 % au lieu de 91,7 %) (5).

La conceptrice du WAST, J. B. Brown, a souhaité que [la version française du WAST soit mise à l'épreuve dans des cabinets de médecins de famille francophones en l'administrant aux femmes de tout âge se présentant pour une consultation de routine ou pour un problème aigu, comme cela a été le cas pour la version anglaise du WAST] (5). C'est ce que nous avons souhaité faire à travers notre étude, en créant une version du WAST adaptée à la population française : le "WAST-fr".

Notre objectif principal a été de comparer le niveau d'aise des patientes françaises avec le WAST-fr à celui des Canadiennes avec le WAST-ang (4).

Nos objectifs secondaires ont été les suivants :

- Comparer également le niveau d'aise des professionnels de santé français à celui de leurs confrères canadiens (4).
- Proposer une version applicable en France du WAST : le "WAST-fr".
- Évaluer le taux d'efficacité du WAST-fr en milieu ambulatoire et le comparer à celle du WAST-ang (4).
- Définir les caractéristiques des femmes dépistées.
- Indiquer comment pourrait être utilisé le WAST-fr en France : doit-il être hétéro- ou auto-administré ? par quels professionnels de santé ? dans quelles structures de soin ? dans le cadre d'un dépistage ciblé ou systématique ?
- Dresser un état des lieux des violences conjugales et de leur dépistage dans la Vienne.

## II- MATERIEL ET METHODE

### A- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive prospective menée dans la Vienne en milieu ambulatoire auprès de médecins généralistes, de sages-femmes, et de centres de PMI. Notre projet de thèse a été approuvé le 11 mai 2015 par le Professeur Philippe Binder (directeur du Pôle de recherche du Département de Médecine Générale (DMG) de Poitiers).

Nous avons repris certains éléments de la méthodologie de l'essai randomisé canadien *Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-Short in the Family Practice Setting* de J. B. Brown : les critères d'inclusion, le recrutement des patientes, l'information préalable des soignants à l'aide de brochures, les questionnaires et leur mode d'administration (*cf. paragraphe I-G-4-*) (4).

### B- Matériel

#### 1- Patientes

Nous avons repris les critères d'inclusion de J. B. Brown (4) :

- Sexe féminin
- Âge  $\geq$  18 ans
- Bien maîtriser la langue française
- Consulter seule sans une tierce personne
- Être en couple depuis au moins 1 mois sans nécessairement vivre avec son conjoint
- Être suivie régulièrement dans la structure de soins

Nous y avons ajouté quatre critères de non-inclusion :

- Déficits cognitifs
- Troubles psychotiques
- Affections auditives sévères non appareillées
- Pathologies visuelles sévères non appareillées

Le consentement éclairé a été recueilli lors de chaque consultation et notifié dans les dossiers médicaux des patientes participantes.

Nous avons fixé comme hypothèse nulle que le niveau d'aise des patientes françaises avec le WAST-fr serait équivalent à celui des patientes canadiennes avec le WAST-ang dans l'étude de J. B. Brown. Pour rappel, dans cette étude, 91 % de patientes s'étaient senties à l'aise ou très à l'aise avec le questionnaire (4). En appliquant la formule de Cochrane, la taille de l'échantillon nécessaire pour notre étude était de 126 patientes avec un intervalle de confiance de 95 % et un niveau de précision de 5 % (88). Nous avons fixé arbitrairement un taux de retour de questionnaires à 35 %. Par conséquent, le nombre requis d'invitations destinées aux patientes était de 360. A savoir que dans une enquête ouverte, où il n'y a ni récupération directe des questionnaires, ni organisation institutionnelle, le taux de réponse moyen est de 25 % (89).

## ***2- Professionnels de santé***

Nous avons fixé le nombre de patientes à inclure par soignant à 10 (au lieu de 15 à 20 dans l'étude canadienne) (4). Par conséquent, un minimum de 36 professionnels de santé était nécessaire.

Les professionnels de santé exerçaient en milieu ambulatoire, comme dans l'étude de J. B. Brown. Au lieu de les tirer au sort, nous les avons inclus sur le mode du volontariat. De même, plutôt que d'inclure uniquement des médecins généralistes, nous avons étendu l'étude aux sages-femmes et aux centres de PMI (4). Ainsi, nous avons contacté par téléphone les 100 médecins généralistes et les 37 sages-femmes référencés sur le site "Les Pages Jaunes" à Poitiers et "à proximité", ainsi que les 10 professionnels travaillant dans les centres de PMI de la Vienne. Au total, nous avons réuni 37 soignants (22 médecins généralistes, 10 sages-femmes et 5 professionnels travaillant en PMI).

Comme dans l'étude canadienne, avant de débiter la phase d'investigation, chaque professionnel de santé a reçu par mail deux brochures d'information. Nous les avons élaboré de façon à ce qu'ils soient adaptés aux besoins des professionnels de santé de la Vienne :

- "*Prise en charge des violences conjugales dans la Vienne*" ( "*voir annexe F*" ) : elle s'inspire des documents du *Ministère du Droit des Femmes*, du CHU d'Angers et de la région Poitou-Charentes (60-62). Elle regroupe des informations visant à aider les professionnels de santé à prendre en charge une victime de violences conjugales (facteurs de risque, coordonnées des intervenants locaux, liens utiles...).

- "*Récapitulatif du déroulement de l'étude*" ( "*voir annexe H*" ) : elle rappelle les modalités de sélection des sujets et les règles de diffusion des questionnaires.

## **C- Méthode**

### ***1- Les questionnaires***

Comme dans l'étude canadienne, notre étude a nécessité l'usage de trois questionnaires (4) :

- L'outil de dépistage : le WAST version française ("WAST-fr")
- Deux questionnaires destinés à recueillir les caractéristiques, le niveau d'aise et l'opinion des participants : le "questionnaire patientes" ( "*voir annexe I*" ) et le "questionnaire professionnels de santé" ( "*voir annexe J*" ).

Au préalable, nous avons soumis ces trois questionnaires à un pré test qui a eu lieu du 12 janvier 2016 au 12 février 2016 auprès de 11 professionnels de santé et de 15 patientes ( "*voir annexe K*" ). Il nous a servi à vérifier que nos questionnaires étaient compréhensibles au sein de la population française. La moyenne d'âge était de 48 ans pour les professionnels de santé et de 36 ans pour les patientes.

## a- Le WAST

Le WAST version franco-canadienne, le "WAST-fr/can", a été testé par J. B. Brown dans la population canadienne francophone en 2001 et s'est révélé valide, fiable et discriminant (5). Afin de vérifier son applicabilité auprès des Françaises, nous avons soumis le "WAST-fr/can" à un pré test afin de modifier quelques expressions canadiennes qui auraient pu être difficilement compréhensibles, telles que "faire déprécier" ou "abuser émotivement", tout en s'assurant de conserver leur signification. Les participants ont indiqué, pour chaque question, celle qu'ils préféreraient parmi les 4 à 6 proposées. Pour la cinquième et la sixième question, ils devaient seulement indiquer s'ils les jugeaient compréhensibles ( "*voir annexe K*"). Au terme du pré test, nous avons obtenu le questionnaire "WAST-fr". Notre système de cotation reprend celui de J. B. Brown : pour chaque question, un score allant de 1 (souvent) à 3 (jamais) a été attribué. Le score final définissait le risque d'exposition à une situation de violences conjugales : "faible" pour un score supérieur à 17, "modéré" pour un score compris entre 15 et 17, "élevé" pour un score inférieur à 15.

### QUESTIONNAIRE "WAST-fr"

**1. De manière générale, comment décririez-vous votre relation de couple?**

- avec beaucoup de tensions (1)
- avec quelques tensions (2)
- sans tension (3)

**2. Quand il y a une dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...**

- beaucoup de difficultés (1)
- quelques difficultés (2)
- aucune difficulté (3)

**3. Est-ce que parfois, après vos disputes, vous vous sentez dévalorisée ou bouleversée?**

- souvent (1)
- quelquefois (2)
- jamais(3)

**4. Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou une bousculade?**

- souvent (1)
- quelquefois (2)
- jamais (3)

**5. Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire?**

- souvent (1)
- quelquefois (2)
- jamais (3)

**6. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement?**

- souvent (1)
- quelquefois (2)
- jamais (3)

**7. Votre partenaire vous a-t-il déjà poussé à bout psychologiquement?**

- souvent (1)
- quelquefois (2)
- jamais (3)

**SCORE TOTAL = .. / 21**

> 17 : risque faible  
15- 17 : risque modéré  
<15 : risque élevé

### *b- Le "questionnaire patientes" et le "questionnaire professionnels de santé"*

Nous avons créé ces deux questionnaires afin de recueillir pour chaque participant ses caractéristiques, son niveau d'aise et son opinion concernant le dépistage des violences conjugales ( *"voir annexes J et K"* ). Le niveau d'aise a été évalué de la même façon que J. B. Brown, avec un score allant de 1 ( "pas du tout à l'aise" ) à 4 ( "très à l'aise" ). Pour le "questionnaire professionnels de santé" , nous avons repris les quatre questions du "Perceived Usefulness Questionnaire" de J. B. Brown (4). Dans le "questionnaire patientes" , nous avons retiré les questions concernant la couleur de peau et le salaire, et en avons ajouté une évaluant la consommation de toxiques.

Ces deux questionnaires ont également été soumis à un pré test : chaque participant concerné a indiqué quelle(s) partie(s) lui sembla(en)t incompréhensible(s) et les éventuelles modifications qu'il souhaitait y apporter ( *"voir annexe K"* ).

### *c- Diffusion des questionnaires*

Les professionnels de santé ont reçu pour consigne d'administrer le WAST-fr à 10 patientes lors de leurs consultations. Comme dans l'étude de J. B. Brown, l'inclusion des patientes devait se dérouler de manière consécutive (4).

A la fin de l'entretien médical, ils devaient remettre à chaque participante un exemplaire du "questionnaire patientes" . Au lieu d'être aidées par une assistante de recherche comme dans l'étude canadienne, elles devaient le compléter seules, puis le déposer soit au secrétariat, soit dans la boîte aux lettres de la structure de soins (4). Afin de pouvoir recouper les données tout en conservant l'anonymat des patientes, le WAST-fr et le "questionnaire patientes" attribués à une même patiente portaient un code d'identification : les trois premières lettres du nom de famille et les trois premières lettres du prénom du professionnel de santé, suivies d'un numéro allant de 1 à 10.

Au terme de deux mois, les deux questionnaires devaient être recueillis et chaque soignant devait avoir renvoyé par mail leur "questionnaire professionnels de santé" complété.

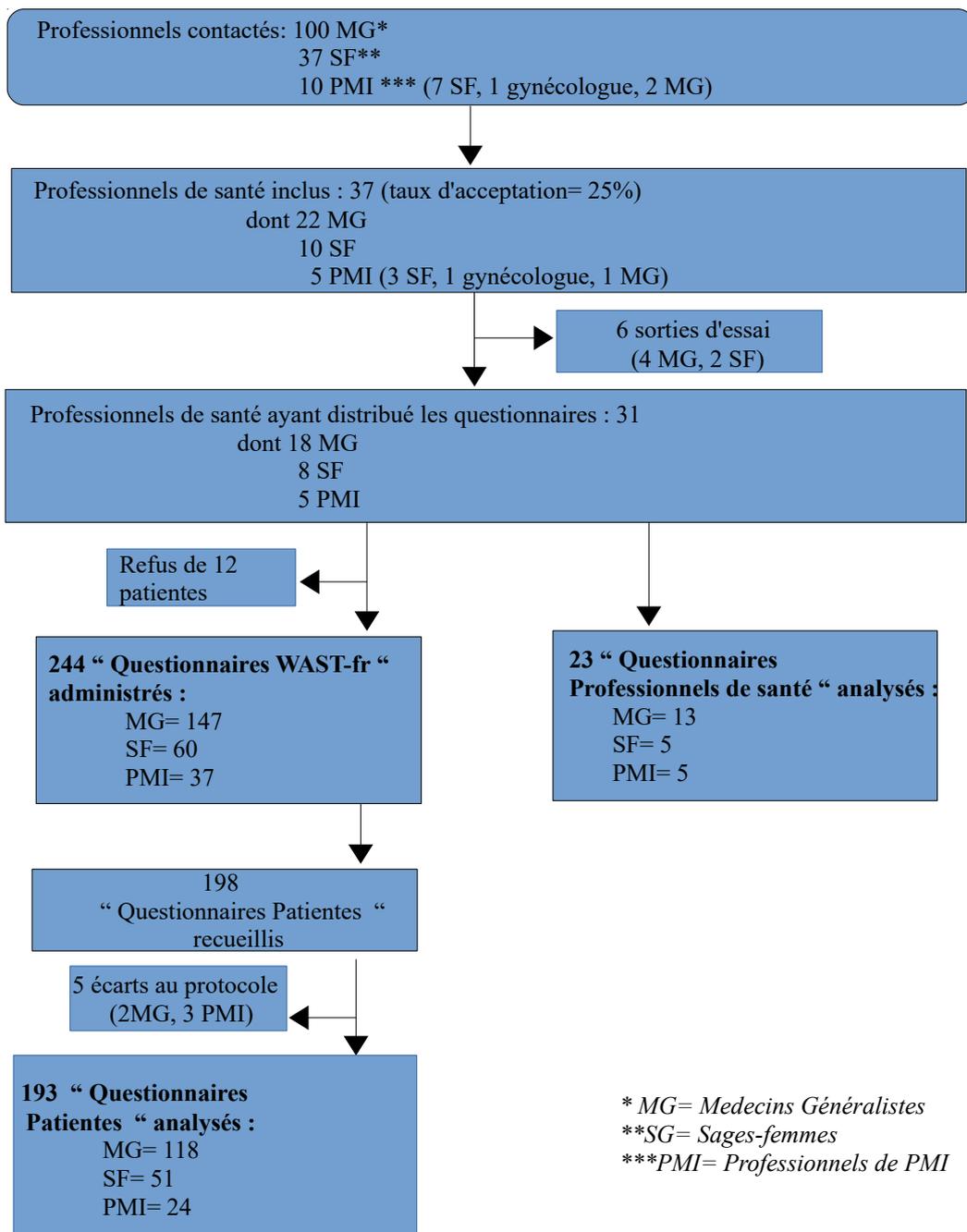
## ***2- Analyses statistiques***

Les données recueillies ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel BiostaTGV (90). Les caractéristiques des patientes ont été comparées en fonction du type de professionnel de santé administrant le questionnaire à l'aide du test ANOVA (91) et du test exact de Fisher (92). La comparaison de nos résultats avec ceux de l'étude de J. B. Brown a été réalisée à l'aide d'un test du  $\chi^2$ . Le niveau d'aise et l'adhésion des participants au WAST-fr ont été analysés avec la corrélation de Spearman pour les variables quantitatives et le test exact de Fisher pour les variables qualitatives (92,93). Une différence était considérée comme statistiquement significative en cas de  $p < 0,05$ .

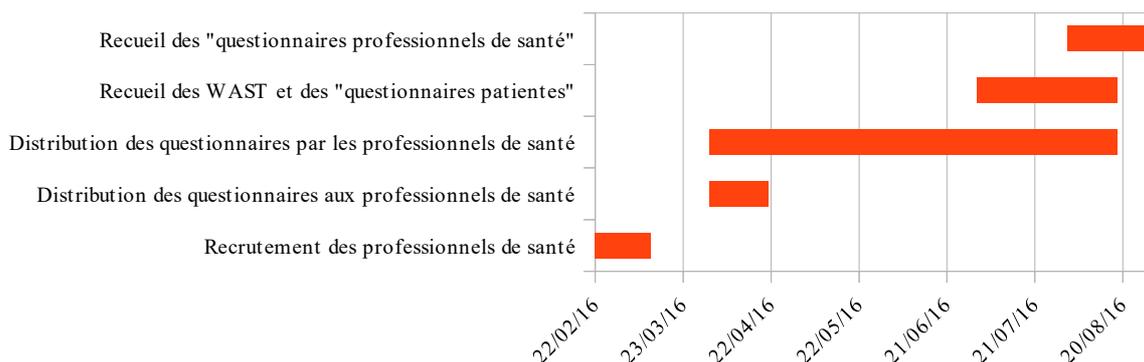
### III- RESULTATS

L'étude s'est déroulée du 22 février au 16 août 2016. Six professionnels de santé ont quitté l'étude avant la distribution des questionnaires, invoquant un manque de temps. Au total, 244 patientes ont été incluses dans l'étude. Lors de l'analyse des "questionnaires patientes", cinq patientes ont été exclues car elles n'étaient pas en couple. En moyenne, chaque professionnel de santé a appliqué le WAST-fr à 7,9 patientes et récupéré 6,3 "questionnaires patientes". Les taux de retour ont été de 79 % pour les "questionnaires patientes" et de 74 % pour les "questionnaires professionnels de santé" (Figures 8 et 9).

**Figure 8 : Distribution et recueil des questionnaires**



**Figure 9 : Chronologie de l'étude**



## A- Caractéristiques

### 1- Caractéristiques des patientes

Dans la population étudiée, l'âge moyen était de 40 ans [19-85]. La majorité des patientes étaient en couple depuis plus de 10 ans (52,3 %), mariées ou pacsées (62,7 %), et l'une d'entre elles était enceinte. Le partenaire était de sexe masculin dans 96,9 % des cas et le nombre médian d'enfants était de 2. La plupart des participantes vivaient dans une commune de moins de 5 000 habitants (53,4 %). La majorité avait suivi des études supérieures (52,3 %) et exerçait une profession intermédiaire ou était employée (58,5 %). La consommation de toxiques était plus importante chez les partenaires. Le *Tableau 1* expose les principales caractéristiques de notre échantillon.

**Tableau 1 : Caractéristiques des patientes**

Caractéristiques des patientes	Groupe MG n=118	Groupe SF n=51	Groupe PMI n=24	Echantillon total n= 193	Test <i>p</i>
<b>Age médian (années)</b>	41,5 [19-80]	31 [22-85]	30,5 [21-42]	35 [19-85]	<10 <sup>-4</sup>
<b>Etat civil</b>					6,26
mariée	63 (53,4%)	20 (39,2%)	8 (33,3%)	91 (47,2%)	
pacsée	10 (8,5%)	18 (35,3%)	2 (8,3%)	30 (15,5%)	
en concubinage	36 (30,5%)	13 (25,5%)	9 (37,5%)	58 (30%)	
vivant seule	9 (7,6%)	0	5 (20,8%)	14 (7,3%)	
<b>Nombre médian d'enfants</b>	1,5 [0-5]	1 [0-3]	2 [0-4]	2 [0-5]	
<b>Homosexualité</b>	5 (4,2%)	1 (2%)	0	6 (3,1%)	
<b>Durée du couple</b>					<10 <sup>-4</sup>
< 1 an	7 (5,9%)	1 (2%)	2 (8,3%)	10 (5,2%)	
de 1 à 4 ans	24 (20,3%)	8 (15,7%)	10 (41,7%)	42 (21,8%)	
de 5 à 9 ans	14 (11,9%)	20 (39,2%)	6 (25%)	40 (20,7%)	
≥ 10 ans	73 (61,9%)	22 (43,1%)	6 (25%)	101 (52,3%)	

Caractéristiques des patientes	Groupe MG n=118	Groupe SF n=51	Groupe PMI n=24	Echantillon total n= 193	Test <i>p</i>
<b>Nombre d'habitants dans la commune</b>					0,03
> 30 000	54 (45,8%)	14 (27,5%)	11 (45,8%)	79 (40,9%)	
5 000 -30 000	4 (3,4%)	7 (13,7%)	0	11 (5,7%)	
< 5 000	60 (50,8%)	30 (58,8%)	13 (54,2%)	103 (53,4%)	
<b>Diplôme</b>					<10 <sup>-3</sup>
Aucun	11 (9,3%)	1 (2%)	5 (20,8%)	17 (8,8%)	
Brevet	9 (7,6%)	2 (3,9%)	1 (4,2%)	12 (6,2%)	
Baccalauréat professionnel	20 (17%)	6 (11,8%)	9 (37,5%)	35 (18,1%)	
Baccalauréat général	21 (17,8%)	5 (9,8%)	2 (8,3%)	28 (14,5%)	
Etudes supérieures	57 (48,3%)	37 (72,5%)	7 (29,2%)	101 (52,3%)	

**Catégorie socioprofessionnelle\*** P\*\* :  $p < 10^{-3}$  ; C\*\*\* :  $p = 0,3$

	P**	C***	P	C	P	C	P	C
1 : Agriculteurs	3 (2,5%)	3 (2,5%)	0	0	0	1 (4,2%)	3 (1,6%)	4 (2,1%)
2 : Artisans, chefs d'entreprise, commerçants	1 (0,8%)	12 (10,2%)	0	6 (11,8%)	2 (8,3%)	2 (8,3%)	3 (1,6%)	20 (10,4%)
3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures	0	0	0	0	0	0	0	0
4 : Professions intermédiaires	25 (21,2%)	25 (21,2%)	16 (31,4%)	12 (23,5%)	0	3 (12,5%)	41 (21,2%)	40 (20,7%)
5 : Employés	39 (33,1%)	33 (28%)	26 (51%)	22 (43,2%)	7 (29,2%)	7 (29,2%)	72 (37,3%)	62 (32,1%)
6 : Ouvriers	4 (3,4%)	9 (7,6%)	0	5 (9,8%)	1 (4,2%)	2 (8,3%)	5 (2,6%)	16 (8,3%)
7 : Retraités	20 (17%)	27 (22,9%)	1 (2%)	2 (3,9%)	0	0	21 (10,9%)	29 (15%)
8 : Autres personnes sans activité professionnelle	26 (22%)	9 (7,6%)	8 (15,7%)	4 (7,8%)	14 (58,3%)	9 (37,5%)	48 (24,9%)	22 (11,4%)

**Consommation quotidienne de toxiques** Alcool: P\*\*  $p < 10^{-3}$  ; C\*\*\*  $p = 0,4$

	P**	C***	P	C	P	C	P	C
Alcool	9 (7,6%)	19 (16%)	0	4 (7,8%)	0	3 (12,5%)	9 (4,7%)	26 (13,5%)
<b>Drogues</b>								
- Cannabis	4 (3,4%)	8 (6,8%)	1 (2%)	1 (2%)	1 (4,2%)	1 (4,2%)	6 (3,1%)	10 (5,2%)
- Drogues de synthèse (LSD, MDMA)	1 (0,8%)	0	0	0	0	0	1 (0,5%)	0
- Cocaïne, héroïne	0	0	0	0	0	0	0	0

\* Niveau I de la nomenclature des Professions et Catégories Socio-Professionnelles 2003 INSEE

\*\*P= Patiente

\*\*\*C= Conjointe

Les caractéristiques des patientes suivantes différaient selon le type de professionnel de santé les ayant inclus dans l'essai : l'âge, la durée du couple, le lieu de vie, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'étude et la consommation d'alcool. Ainsi, dans le groupe PMI, les patientes étaient plus jeunes et depuis moins longtemps en couple ; les patientes étaient plus fréquemment sans emploi et sans diplôme. Au contraire, le groupe sages-femmes comptait une majorité de patientes diplômées de l'enseignement supérieur. Les patientes du groupe médecin généraliste étaient quant à elles plus âgées, engagées dans des relations plus longues et consommaient davantage d'alcool. A noter que 95 % des retraitées ont été incluses par des médecins généralistes.

## ***2- Caractéristiques des professionnels de santé***

L'âge médian des professionnels de santé était de 38 ans [24-60], 69,6 % étaient de sexe féminin et 47,8 % exerçaient en milieu rural. Leur durée d'activité professionnelle médiane était de 13 ans [1-38]. Les caractéristiques des soignants sont exposées dans le *Tableau 2*.

Les soignants les plus âgés et les plus expérimentés étaient les sages-femmes. Toutes les sages-femmes et les professionnels de PMI étaient de sexe féminin et travaillaient pour la majorité en zone rurale. Neuf médecins avaient une activité dans l'enseignement et dans la recherche (un était membre du DMG, huit du Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stages du Poitou-Charentes).

**Tableau 2 : Caractéristiques des professionnels de santé**

<b>Caractéristiques</b>	<b>MG n= 13</b>	<b>SF n= 5</b>	<b>PMI n=5</b>
<b>Age médian (années)</b>	37 [28-58]	43 [24-55]	38 [32-60]
<b>Durée d'activité professionnelle médiane (années)</b>	8 [1-32]	24 [13-31]	14 [3-38]
<b>Hommes</b>	7 (53,8%)	0	0
<b>Lieu d'activité</b>			
rural	5 (38,5 %)	3 (60%)	3 (60%)
urbain	8 (61,5%)	2 (40%)	2 (40%)
<b>Suivi d'une formation antérieure</b>	2 (15,4%)	1 (20%)	4 (80%)
<b>Pratique du dépistage des violences conjugales</b>	4 (30,8%)	4 (80%)	4 (80%)
dont - ciblé	4 (100%)	2 (50%)	2 (50%)
- systématique	0	2 (50%)	2 (50%)
<b>Professionnels confrontés à des cas de violences conjugales en 2015</b>	8 (61,5%)	4 (80%)	4 (80%)

## B- Niveau d'aise après usage du questionnaire WAST-fr

### 1- Niveau d'aise des patientes

Il n'y a pas eu de différence significative concernant le taux de patientes à l'aise entre notre étude et celle de J. B. Brown (92,7 % contre 91 %,  $p=0,66$ ). Il était de 90,7 % dans le groupe "médecins généralistes", 93,8 % dans le groupe "sages-femmes" et 100 % dans le groupe "PMI". Le niveau d'aise moyen était de 3,4/4 (contre 3,6/4 dans l'étude canadienne). Les 14 patientes qui se sont senties mal à l'aise en répondant au WAST-fr l'ont expliqué par : l'absence de lien avec le motif de consultation initial ( $n=9$ ) ; le caractère indiscret des questions ( $n=5$ ) ; le fait que les questions soient posées par un professionnel de santé ( $n=4$ ). La formulation des questions ne les a pas dérangé. Le WAST-fr a été jugé clair par 95,8 % des patientes (*Figure 10*).

Une association significative a été trouvée entre le niveau d'aise, le statut de victime de violences conjugales ( $p=0,02$ ) et la durée du couple ( $p=0,01$ ). Le niveau d'aise était plus bas chez les femmes à risque élevé de violences conjugales et chez celles en couple depuis longtemps. Nous n'avons pas trouvé d'association significative entre le niveau d'aise et l'âge ( $p=0,29$ ), le lieu de vie ( $p=0,92$ ), le type de professionnel de santé consulté ( $p=0,32$ ), le statut matrimonial ( $p=0,22$ ) et le nombre d'enfants ( $p=0,68$ ).

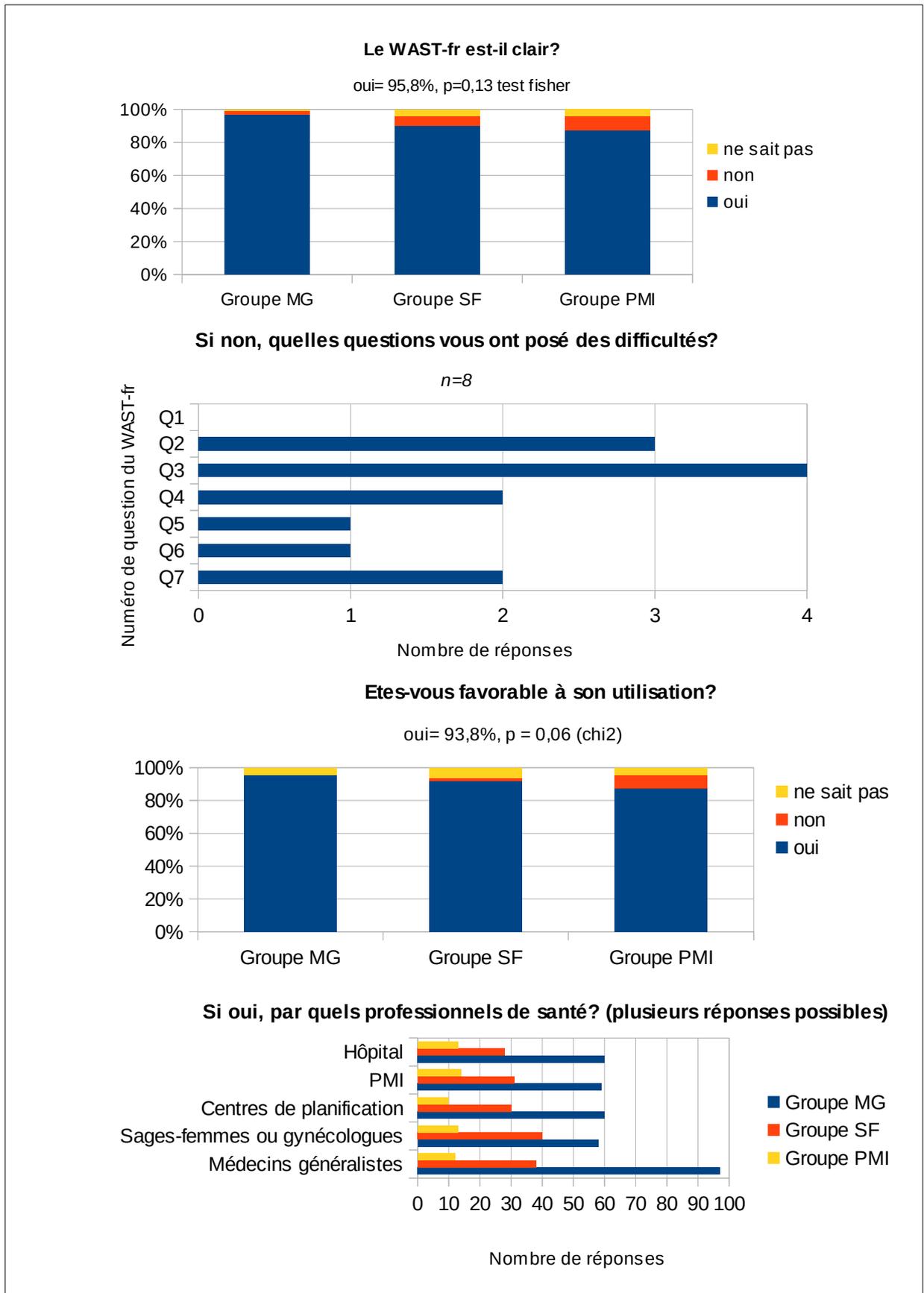
### 2- Niveau d'aise des professionnels de santé

Les professionnels de santé se sont sentis significativement moins à l'aise avec le WAST-fr que leurs confrères canadiens avec le WAST-ang (91,3 % contre 100 %,  $p<0,05$ ). Le niveau d'aise moyen était de 3,3/4 (contre 3,6/4). Il n'y a pas eu d'association significative entre le niveau d'aise et le nombre d'années d'expériences ( $r_s: -0.0462$  avec  $p=0,83$ ), l'âge du professionnel de santé ( $r_s: 0.0634$  avec  $p=0,77$ ), le sexe du professionnel de santé ( $p=1$ ), la profession ( $p=0,7$ ), la situation géographique ( $p=0,73$ ), le niveau de formation antérieur ( $p=0,21$ ) ou la pratique habituelle du dépistage des violences conjugales ( $p=0,9$ ).

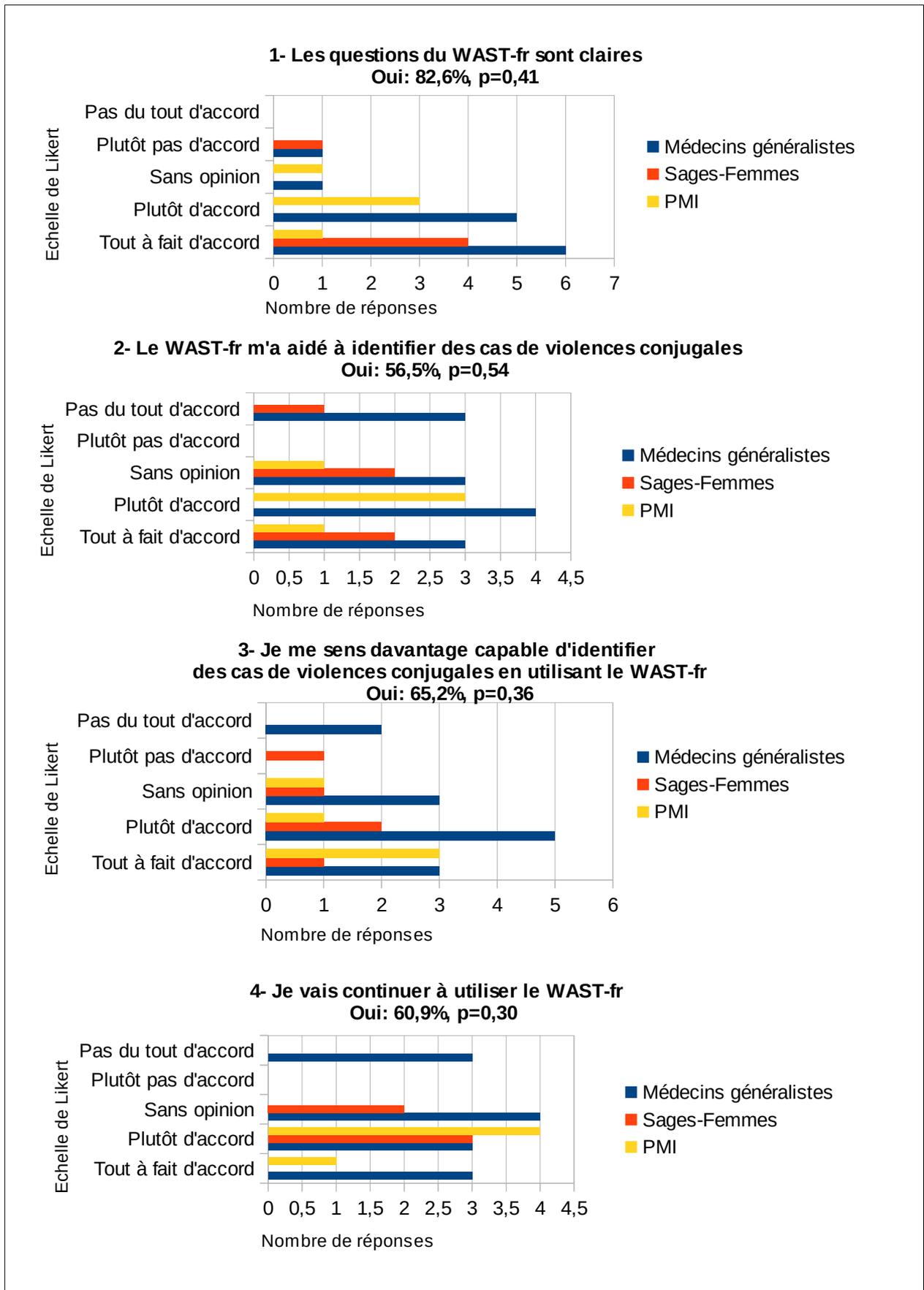
La *Figure 11* illustre le ressenti des professionnels de santé face au WAST-fr. La majorité a souhaité continuer à utiliser le WAST-fr : l'ensemble des professionnels de PMI, 60 % des sages-femmes et 46,2 % des médecins généralistes. Il n'y a pas eu de lien avec la profession ( $p=0,27$ ). En comparaison avec leurs collègues canadiens, les soignants français ont été significativement moins nombreux à souhaiter poursuivre l'utilisation du WAST (60,9 % contre 75 %,  $p<0,05$ ). Par contre, il n'y a pas eu de différence significative concernant leur ressenti au sujet de la clarté du WAST ( $p=0,65$ ), de son utilité dans le dépistage des victimes ( $p=0,22$ ) et de sa capacité à rendre les soignants plus sûrs d'eux ( $p=0,47$ ). Les raisons invoquées par les neuf professionnels de santé qui ne voulaient pas poursuivre l'utilisation du WAST-fr ont été (plusieurs réponses étaient possibles) :

- La peur que le WAST-fr soit perçu comme trop intrusif par les patientes (44,4 %),
- Le sentiment d'impuissance face aux violences conjugales (44,4 %),
- Le non-usage de questionnaires de dépistage dans leur pratique courante (44,4 %),
- Le fait que leur patientèle soit peu concernée par le problème (22,2 %),
- Un manque de temps pour effectuer le questionnaire en consultation (11,1 %),
- Que les questions du WAST-fr soient difficilement compréhensibles (11,1 %),
- Le faible nombre de victimes dépistées (11,1 %),
- Ou au contraire l'excès de victimes dépistées (11,1 %).

**Figure 10 : Clarté du WAST-fr ressentis par les patientes**



**Figure 11 : Réponses des professionnels de santé au "Perceived Usefulness Questionnaire"**

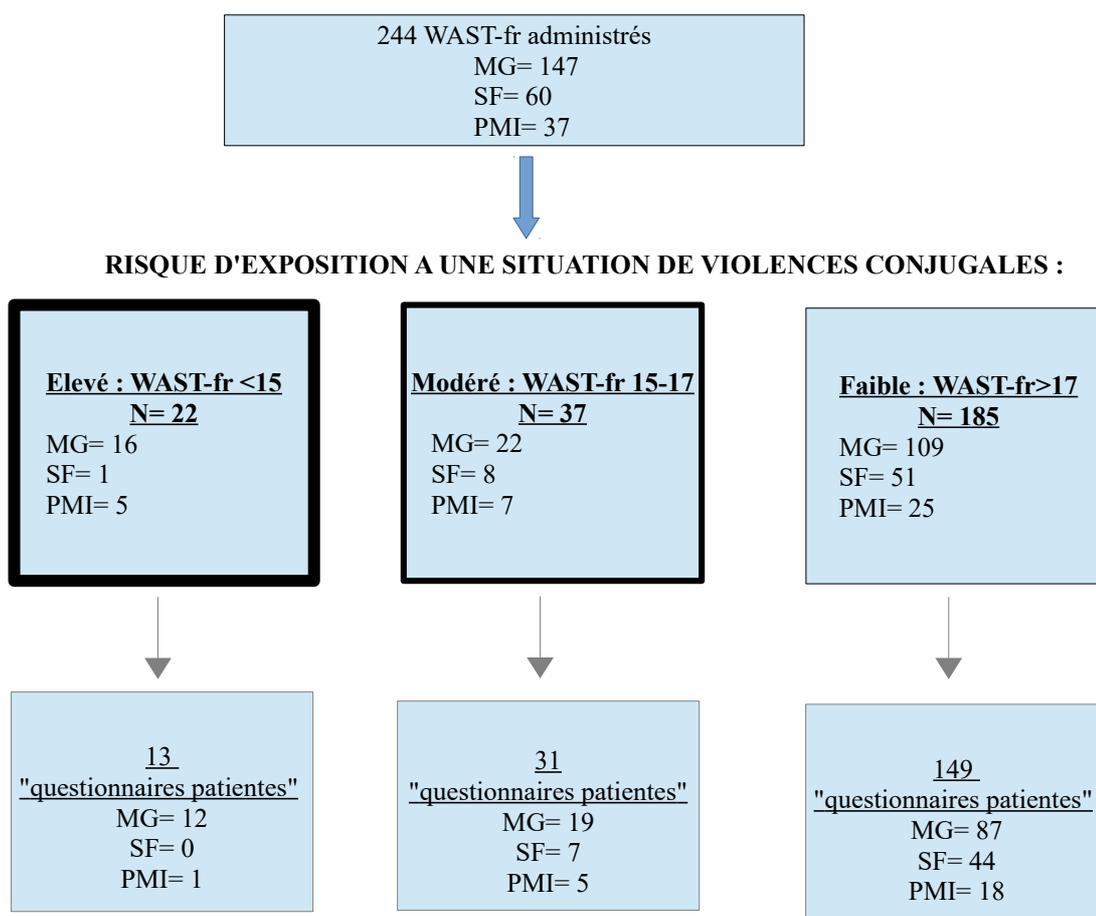


### C- Efficacité du WAST-fr dans le dépistage des violences conjugales

Le WAST-fr a permis de dépister 22 femmes à risque élevé de violences conjugales (9 %), soit 0,7 par professionnel de santé (*Figure 12*). Parmi elles, huit n'ont pas retourné leur questionnaire. Leur niveau d'aise moyen était de 3/4. Leurs caractéristiques ont été résumées dans le *Tableau 3*. Chez ces patientes, les taux de concubinage, d'habitation en milieu rural, de consommation d'alcool et de drogues étaient majorés. De même, les taux d'activité professionnelle et d'études supérieures étaient plus faibles.

Les taux d'efficacité du WAST-fr et du WAST-ang n'ont pas été significativement différents (9 % contre 8,5 %,  $p=0,9$ ).

Figure 12 : Résultats du questionnaire WAST-fr



**Tableau 3 : Caractéristiques des patientes en fonction de leur risque de violences conjugales**

	<b>Patientes à risque élevé de violences conjugales (WAST-fr &lt; 15) n= 13</b>	<b>Patientes à risque modéré ou faible de violences conjugales (WAST-fr &gt;=15) n= 180</b>
<b>Age médian (années) :</b>	50 [22-70]	34 [19-85]
<b>Etat civil :</b>		
mariée	4 (30,7%)	87 (48,3%)
pacsée	2 (15,4%)	28 (15,6%)
en concubinage (vivant en couple)	7 (53,8%)	51 (28,3%)
vivant seule mais ayant un(e) conjoint(e)	0	14 (7,8%)
<b>Nombre moyen d'enfants</b>	1,5	1,5
<b>Durée du couple</b>		
< 1 an	0	10 (5,6%)
de 1 à 4 ans	4 (30,7%)	4 (21,1%)
de 5 à 9 ans	4 (30,7%)	36 (20%)
> 10 ans	5 (38,5%)	96 (53,3%)
<b>Nombre de patientes homosexuelles</b>	1 (7,7%)	5 (2,8%)
<b>Lieu de vie</b>		
rural	9 (69,3%)	70 (38,9%)
urbain	4 (30,7%)	110 (61,1%)
<b>Pratique d'une activité professionnelle</b>		
patiente	6 (46,2%)	118 (65,6%)
conjoint	7 (53,8%)	135 (75%)
<b>Études supérieures</b>	1 (7,7%)	100 (55,6%)
<b>Consommation quotidienne d'alcool</b>		
patiente	4 (30,8%)	5 (2,8%)
conjoint	4 (30,8%)	22 (12,2%)
<b>Consommation de drogue</b>		
patiente	2 (15,4%)	5 (2,8%)
conjoint	2 (15,4%)	8 (4,4%)
<b>Score WAST médian</b>	12 [9-14]	19 [15-21]
<b>Niveau d'aise moyen</b>	3	3,4

## **D- Application du WAST-fr et opinions concernant le dépistage des violences conjugales**

### ***1- Point de vue des patientes***

Les patientes ont préféré remplir le WAST-fr seules dans 48,3 % des cas et en compagnie d'un professionnel de santé dans 35,6 % des cas. La majorité (93,8 %) se sont dites favorables à la généralisation de son utilisation (*Figure 10*).

La plupart étaient en faveur de son usage par les médecins généralistes (76,2 %), suivis des sages-femmes (56 %), des centres de PMI (53,9 %), de l'hôpital (52,3 %) et des centres de planification (51,8 %).

### ***2- Point de vue des professionnels de santé***

Parmi les soignants, 60,9 % ont souhaité continuer à utiliser le WAST-fr (*Figure 11*). Ils comptaient l'appliquer dans le cadre d'un dépistage ciblé pour 85,7 % d'entre eux. Selon les professionnels de santé, indépendamment des groupes ( $p=1$ ), le WAST-fr pourrait être utilisé (plusieurs réponses étaient possibles) :

- Dans les centres de PMI (87 %)
- Dans les centres de planification (78,3 %)
- Par les médecins généralistes (73,9 %)
- Par les sages-femmes (69,6 %)
- Par les gynécologues (65,2 %).

## E- Violences conjugales dans la Vienne

### 1- Patientes et violences conjugales

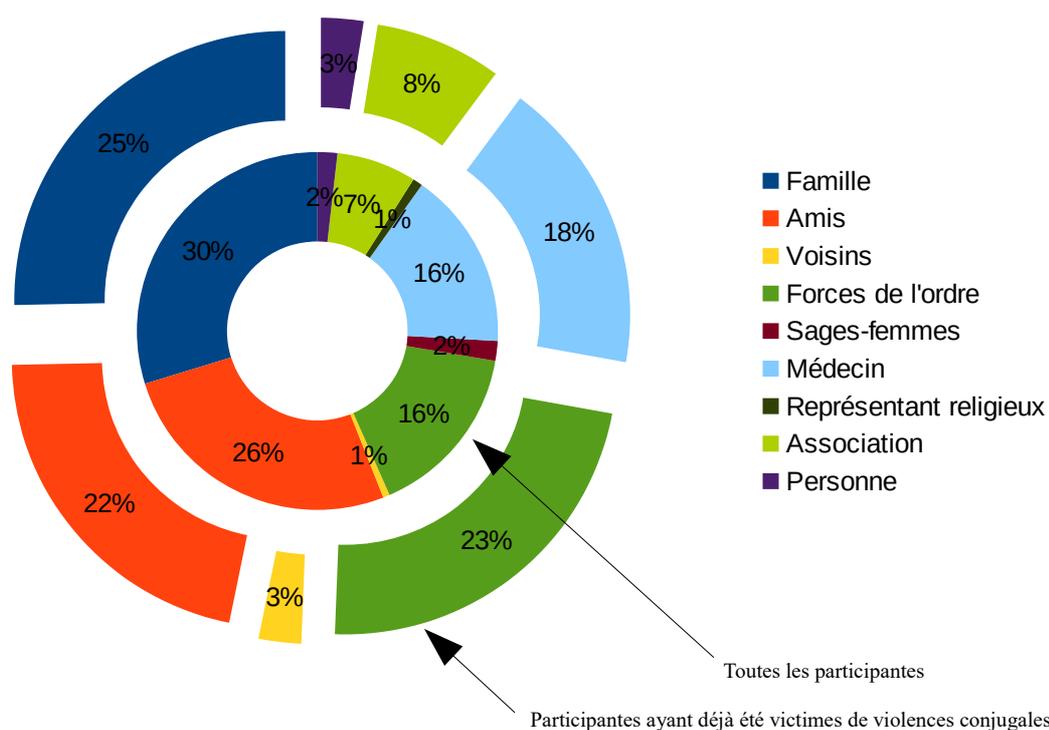
Une exposition antérieure à des violences conjugales a été retrouvée chez 23,8 % des patientes (*Tableau 4*) : 12,4 % avaient déjà subi au moins une fois des violences verbales, 15,5 % des violences psychologiques, 10,9 % des violences physiques et 5,2 % des violences sexuelles ; aucune n'avait subi des violences économiques. Il n'y a pas eu d'association significative entre l'antécédent de violences conjugales et le groupe de soignant ( $p=0,33$ ). Chez les patientes à risque élevé, ces taux étaient de 58,3 % pour les violences verbales, 84,6 % pour les violences psychologiques, 16,7 % pour les violences économiques, 58,3 % pour les violences physiques et 25 % pour les violences sexuelles.

**Tableau 4 : Antécédents de violences conjugales dans l'échantillon**

	Groupe MG (n=118)	Groupe SF (n=51)	Groupe PMI (n=24)
<b>Violences conjugales</b>	<b>29 (24,6 %)</b>	<b>9 (17,6 %)</b>	<b>8 (33,3%)</b>
- de type verbales	10 (11,9 %)	4 (7,8 %)	6 (25%)
- de type psychologiques	20 (16,9 %)	6 (11,8 %)	4 (16,7%)
- de type économiques	0	0	0
- de type physiques	14 (11,9 %)	2 (3,9 %)	5 (20,8%)
- de type sexuelles	7 (5,9 %)	2 (3,9 %)	1 (4,2%)

En cas de violences conjugales, les principaux aidants désignés ont été (*Figure 13*) : la famille (30 %), les amis (26 %), les forces de l'ordre et le médecin (16 %).

**Figure 13 : Si vous étiez victime de violences conjugales, à qui demanderiez-vous de l'aide en premier ?**



## ***2- Professionnels de santé et violences conjugales***

En 2015, 70 % des professionnels de santé ont été confrontés au moins une fois à un cas de violences conjugales, avec une moyenne de 3,1 cas par soignant. Il s'agissait dans 43,75 % des cas de consultations pour IVG, dans 25 % des cas pour certificat de coups et blessures ou troubles psychologiques ou pathologies somatiques, pour suivi de grossesse dans 12,5 % des cas et dans 6,25 % pour une tierce personne ou pour une addiction. Dans 25 % des cas, il s'agissait de victimes ayant consulté spontanément pour en parler.

Avant de participer à notre étude, 30,4 % des professionnels de santé avaient déjà suivi une formation sur les violences conjugales, 43,8 % se sentaient capable de prendre en charge une victime et 52,2 % pratiquaient le dépistage de ce type de violences dans leur pratique quotidienne (2/3 de manière ciblée et 1/3 de manière systématique). Ceux qui ne l'effectuaient pas le justifiaient par un sentiment d'impuissance (63,3 %), un manque de formation médicale (36,4 %), l'absence de test de dépistage disponible (34,4 %), un manque de temps (18,2 %), la peur d'être intrusif (18,2 %), un manque de travail en réseau (18,2 %), une patientèle peu concernée par le problème (9,1 %), ou encore ne pas se sentir à l'aise avec le sujet (9,1 %).

Avant l'étude, 24,5 % des professionnels de santé orientaient les victimes vers une association ou les forces de l'ordre, 20,4 % vers une assistante sociale, 10,2 % vers la plateforme téléphonique du numéro 3919 et 2 % vers un centre de PMI; 8,2 % remettaient une brochure, 4,1 % proposaient une hospitalisation et 2 % prescrivaient des médicaments. Enfin, 4,1 % déclaraient gérer seul la situation.

## IV- DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude était de comparer le niveau d'aise des patientes françaises avec le WAST-fr à celui des Canadiennes avec le WAST-ang. Notre hypothèse nulle était que les patientes françaises se sentiraient autant à l'aise que les Canadiennes. Avec un taux de 92,7 % de patientes se sentant à l'aise ou très à l'aise avec le WAST-fr, notre hypothèse nulle n'a donc pas été rejetée ( $p=0,66$ ). Par contre, les soignants se sont sentis significativement moins à l'aise et ont été moins nombreux à vouloir poursuivre son utilisation. Néanmoins, ils l'ont jugé clair et utile dans le dépistage des violences conjugales. Le WAST-fr s'est avéré aussi efficace que le WAST-ang. Par ailleurs, les avis concernant sa généralisation ont été plus partagés. Même si le WAST-fr peut être utilisé de différentes manières, il semble que l'adhésion des professionnels de santé serait meilleure dans des structures salariées et dans le cadre d'un dépistage ciblé, alors que les patientes préféreraient qu'il soit administré par les médecins généralistes et le compléter seules.

### A- Niveau d'aise

#### *1- Niveau d'aise des patientes*

En comparant nos résultats avec ceux de l'étude de J. B. Brown sur l'application du WAST-ang en milieu ambulatoire, nous pouvons dire que le WAST-fr a été bien accueilli par les patientes de la Vienne (4). Les femmes qui se sont senties mal à l'aise l'ont attribué essentiellement au fait que le questionnaire n'avait aucun lien avec leur motif de consultation initial.

Comme dans l'étude canadienne, les victimes se sont révélées significativement moins à l'aise (niveau d'aise moyen de 3/4 contre 2,3/4 avec le WAST-ang). Selon J. B. Brown, cela pourrait être lié [à un sentiment de honte, à la peur de représailles par leur conjoint ou à une tendance à minimiser ou à normaliser ces actes] (4).

Par ailleurs, le niveau d'aise était significativement plus bas chez les femmes en couple depuis plus longtemps. Nous pouvons supposer que plus la durée d'une relation intime augmente, plus la probabilité que le soignant connaisse le partenaire devient importante. Ce dernier peut par exemple accompagner ses enfants chez le médecin généraliste ou à la PMI, ou encore assister au suivi de grossesse de sa compagne chez la sage-femme.

#### *2- Niveau d'aise des professionnels de santé*

A l'inverse, l'opinion des professionnels de santé français était plus mitigée que celle de leurs confrères canadiens. Ils ont été significativement moins à l'aise et moins nombreux à souhaiter poursuivre son utilisation. Par contre, aucune différence d'opinion significative n'a été observé concernant la clarté du WAST, son utilité dans l'identification des victimes et sa capacité à les rendre plus sûrs d'eux. Contrairement à l'étude canadienne, il n'y a peu d'association significative retrouvée entre le niveau d'aise, la durée d'exercice et le sexe féminin.

Cependant, le niveau d'aise des soignants reste élevé (91,3 % à l'aise avec un niveau d'aise moyen de 3,3/4). Cela peut s'expliquer par le fait qu'avant de participer à notre étude, 30,4 % des soignants avaient suivi une formation sur les violences conjugales et 52,2 % les dépistaient déjà.

## **B- L'adaptation du WAST-fr/can à la population française : le WAST-fr**

Devant l'absence d'outil de dépistage des violences conjugales validé en France, nous sommes intéressés au questionnaire WAST-fr/can, car il est le seul à avoir été validé en langue française et à être utilisable en milieu extra-hospitalier (*cf. paragraphe I-G-3 et I-G-4-*). Nous aurions pu choisir le "WAST-short" qui ne comprend que deux questions, mais sa version franco-canadienne est moins performante que l'anglaise (spécificité 78,8 % contre 91,7 % ; sensibilité 100 % dans les deux versions) ("*voir annexe G*") (5,87).

A l'aide d'un pré test, nous avons créé une version du WAST-fr/can qui soit compréhensible par les Français : le WAST-fr (*cf. paragraphe II-C-1-a-*). Pour évaluer son applicabilité au sein de la population française, nous avons repris certains éléments de méthodologie de l'étude de J. B. Brown *Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-Short in the Family Practice Setting* (*cf. paragraphe I-G-4-*) (4) :

- *Les critères d'inclusion* : comme dans l'étude de J. B. Brown, les patientes devaient consulter seules car la présence d'un tiers, y compris celle d'un nourrisson, aurait pu influencer leurs réponses. De même, le fait d'être connu de la structure de soins permettait d'assurer le suivi des patientes en cas de dépistage positif. Nous avons conservé l'absence de limite supérieure d'âge, car les violences conjugales touchent toutes les générations. Souhaitant que le WAST-fr soit par la suite utilisé en pratique courante, le motif de consultation n'a pas non plus été discriminant. Par contre, nous avons ajouté à la maîtrise de la langue française quatre critères de non-inclusion afin de garantir la qualité des réponses des patientes aux questions orales et écrites.

- *Le recrutement des professionnels de santé* : les soignants participants n'ont pas été tirés au sort. En effet, constatant nos difficultés à recruter des soignants, la nécessité de les rencontrer un à un et l'absence de financement, nous nous sommes rabattus sur la méthode du volontariat. En comparaison à l'étude de J. B. Brown, les soignants ont été moins nombreux à accepter de participer à l'étude (25% contre 45,5%). Les causes peuvent être multiples : l'absence de subvention, l'impossibilité de joindre directement certains soignants, le manque de notoriété de l'étude, ou encore l'investissement personnel nécessaire. Pourtant, afin d'obtenir le plus grand nombre de participants, nous avons étendu l'étude aux sages-femmes et aux centres de PMI, qui constituent des acteurs importants dans le dépistage des violences conjugales en médecine ambulatoire. Ces soignants se sont révélés être les plus motivés (taux de participation respectifs 27% et 100% contre 22% chez les médecins généralistes). Nous aurions pu également solliciter les services sociaux, les gynécologues, les psychologues et psychiatres, les centres de planification ou les infirmiers Asalee (*cf. paragraphe IV-D-2-*). Au final, nous avons tout de même réussi à inclure 37 soignants, soit un de plus que le nombre prévu initialement (*cf. paragraphe II-B-2-*).

- *Le recrutement des patientes* : nous avons conservé l'inclusion des patientes de manière consécutive lors d'entretiens directs afin de limiter le biais de sélection, mais avons diminué le nombre de patientes à inclure par soignant pour leur faciliter la tâche. Au final, le nombre de patientes incluses s'est avéré moins important que prévu (244 au lieu de 360, soit 7,9 par soignant, contre 399 dans l'étude de J. B. Brown). Il nous a semblé important que le WAST reste administré par les soignants, afin qu'ils puissent directement apprécier le niveau de risque. En effet, l'interprétation du WAST-fr peut être délicate, car son score est constitué de trois niveaux de risque (élevé/modéré/faible), et non d'un seuil de positivité ("*voir annexe G*").

- *La formation préalable des soignants à l'aide de brochures* : nous avons maintenu la distribution de ces documents afin de limiter le biais de mesure. Pour rappel, 69,6 % des soignants n'avaient jamais reçu de formation dédiée au dépistage des violences conjugales. Cependant, il aurait été préférable de leur proposer une formation active. En effet, en 2014, une révision systématique de neuf études randomisées a montré qu'en matière de violences conjugales, les formations interactives amélioraient à la fois l'attitude et les connaissances du professionnel de santé, alors que les formations passives modifiaient seulement leur niveau de connaissance (94).

- *Le "questionnaire patientes" et le "questionnaire professionnels de santé"* : faute de moyens, nous n'avons pas pu faire compléter le "questionnaire patientes" par un assistant de recherche comme J. B. Brown. Au final, le nombre de "questionnaires patientes" recueillis a dépassé celui escompté (193 contre 126). De même, les taux de retour ont été supérieurs aux 35 % attendus (79 % pour les "questionnaires patientes" et 74 % pour les "questionnaires professionnels de santé"). Le délai entre le dépôt et le recueil des questionnaires a été allongé de trois mois sur demande de soignants qui évoquaient un manque de temps. Contrairement à J. B. Brown, nous n'avons pas demandé aux patientes leur couleur de peau, ni leur salaire, par crainte de les heurter. Par contre, nous avons jugé important d'évaluer la consommation de toxiques du couple, qui constitue un facteur de risque de violences conjugales.

### **C- Efficacité du WAST-fr dans le dépistage des violences conjugales**

Le WAST-fr a permis d'identifier au sein de notre échantillon 9 % de femmes à risque élevé de violences conjugales. Le taux d'efficacité n'a pas différé significativement de celui du WAST-ang. Si l'on considérait également les femmes à risque modéré de violences conjugales, ce taux passerait à 24,2 %. Le WAST-fr s'est avéré rentable, ayant permis à chaque soignant de dépister 0,7 femmes à risque élevé de violences conjugales en administrant seulement 7,9 WAST-fr. Pour rappel, l'année précédant l'étude, chaque professionnel de santé n'avait dépisté que 3,1 victimes. Du fait de son système de cotation à trois niveaux de risque (élevé/modéré/faible), sa sensibilité et sa spécificité ne sont pas calculables.

Nous aurions pu ajouter un item dans le "questionnaire patientes" sur les violences conjugales actuelles. Nous n'avons pas jugé cela nécessaire, le WAST-fr/can ayant déjà été soumis à une épreuve de validité et de fiabilité (5). Cependant, cela nous aurait permis de vérifier l'absence d'influence des professionnels de santé sur les réponses des patientes. Dans ce but, nous aurions pu reprendre le "Prior Knowledge Questionnaire" de J. B. Brown, qui étudie la relation entre le soignant, la patiente et son conjoint, au risque d'allonger notre questionnaire et de décourager certaines patientes (4).

## **D- Applications ultérieures du WAST-fr**

### ***1- Selon les patientes***

La majorité des patientes se sont montrées favorables à la poursuite de l'utilisation du WAST-fr (93,8 %). Comme dans de précédentes études, le premier soignant désigné a été le médecin généraliste (76,2 %) (68-70). Cela peut s'expliquer par la proximité existant entre certains médecins généralistes et leur patientèle, ou par la méconnaissance du rôle des sages-femmes, des structures de PMI et des centres de planification au sein la population. De manière générale, les patients ont plus souvent affaire à un médecin généraliste et peuvent avoir certains a priori concernant les centres de PMI et de planification.

Par ailleurs, comme dans d'autres études, la plupart des patientes auraient préféré remplir le WAST-fr seules (95). Pourtant, un essai randomisé publiée dans le JAMA en 2006 a prouvé que, dans le cadre du dépistage des violences conjugales, l'auto-administration de questionnaires manuscrits ou informatiques était moins efficace qu'un entretien direct (77).

### ***2- Selon les professionnels de santé***

Le taux de soignants français souhaitant continuer à utiliser le WAST-fr est encourageant (60,9 %), même s'il est significativement inférieur à celui observé dans l'étude de J. B. Brown (75 %) (*cf. paragraphe I-G-4-*) (4).

Une différence de motivation a été constatée selon les groupes de soignants. En effet, la totalité des professionnels de PMI souhaitaient poursuivre son utilisation, contre 60 % des sages-femmes libérales et 46,2 % des médecins généralistes. Cela peut être lié au fait que 80 % des soignants en PMI ont été formés sur ce sujet ; de même, 80 % des professionnels de PMI et des sages-femmes effectuaient déjà un dépistage des violences conjugales, dont la moitié de manière systématique.

Par ailleurs, cela souligne le fait que l'usage du WAST-fr peut être plus compliqué pour les professionnels de santé ayant une activité libérale, souvent contraints par le temps (durée moyenne d'une consultation chez un médecin généraliste en 2009 : 16 minutes (96)). Le WAST-fr semble plus facilement applicable dans des structures salariées, comme les structures de PMI, les centres de planification, les hôpitaux (urgences traumatiques, services de médecine légale ou de gynécologie-obstétrique ou d'orthopédie...) ou encore des cabinets de médecins généralistes salariés (97). La réponse des soignants à la question "Quel(s) professionnel(s) de santé pourraient selon vous utiliser ce questionnaire ?" va également dans ce sens : les deux types de soignants les plus cités ont été ceux de PMI (87 %) et de centres de planification (78,3 %). Pour que le WAST-fr soit adopté en médecine libérale, une solution serait de le faire compléter aux patientes seules en salle d'attente, même si cela induit une baisse d'efficacité (77). L'optimisation de ce lieu reste négligée, alors qu'il a été montré que l'administration de questionnaires en salle d'attente améliorerait le ressenti des patient vis-à-vis de la qualité des soins. De plus, cela permet aux soignants de dépister des pathologies auxquelles ils ne pensent pas ou n'osent pas aborder en consultation (98,99). Une autre option consisterait à faire administrer le WAST-fr par des infirmiers Asalee. Depuis 2004, ces infirmiers délégués de santé publique mènent des actions de prévention en coordination avec des médecins généralistes au sein de cabinets libéraux volontaires. Le dépistage des violences conjugales pourrait devenir l'une de leurs missions.

Comme dans d'autres études, la majorité des soignants souhaitant adopter le WAST-fr veulent l'utiliser dans le cadre d'un dépistage ciblé (85,7 %) (66,97,100). Pour qu'une telle pratique soit possible, il est primordial de bien maîtriser les facteurs de risque de violences conjugales et de garder à l'esprit qu'elle peut toucher tous les milieux sociaux.

## **E- Violences conjugales dans la Vienne**

### ***1- Patientes et violences conjugales***

La proportion des femmes à risque élevé dans notre échantillon (9 %) rejoint le taux de victimes françaises identifiées dans l'*Enveff* (10 %) (*cf. paragraphe I-C-4-b-*) (28). Par contre, les taux de patientes ayant déjà été victimes au moins une fois au cours de leur vie de violences conjugales (23,8 %) et de violences conjugales graves (10,9 %) sont largement inférieurs à ceux constatés dans l'*enquête de la FRA* (respectivement 47 % et 26 %) (*cf. paragraphe I-C-3-*) (11,27). Cela peut s'expliquer par le fait que l'*enquête de la FRA* ait inclus les femmes âgées entre 15 et 18 ans. Ou encore par la méfiance des patientes vis-à-vis du respect de l'anonymat, notre étude ayant eu lieu dans des structures de soin qu'elles fréquentaient régulièrement. Par ailleurs, aucune violence économique n'a été relevée dans notre étude, alors que 10 % des Françaises y avaient été exposées dans l'*enquête de la FRA* (11,27). Cela laisse supposer que cette notion n'a pas été comprise par les participantes.

Dans la Vienne, les données officielles indiquent une plus faible prévalence de violences conjugales en comparaison aux autres départements français : 68 appels au 3919 enregistrés en 2015 (contre 148 en moyenne dans chaque département) et 419 faits de violences conjugales constatés en 2012 (contre 722 en moyenne). Le taux de victimes identifiées dans notre étude étant comparables aux données nationales, nous pouvons nous demander s'il n'existe pas un défaut d'information, d'accès aux aides ou de dépôt de plaintes des femmes dans la Vienne (32,101,102). La première étude concernant les violences conjugales en milieu rural, publiée en 2016 par la *Fédération Nationale Solidarité Femmes*, corrobore cette hypothèse. Elle a été menée dans les régions Midi-Pyrénées et Pays-de-la-Loire par 11 associations auprès de 730 femmes en 2011-2012 et 1 134 en 2014. Elle a montré la difficulté des victimes vivant en milieu rural à porter plainte, leur précarité financière, la prédominance des stéréotypes sexistes, l'isolement géographique, ainsi que le manque et la méconnaissance des aides proposées (103).

Certains facteurs de risque classiquement décrits chez les victimes de violences conjugales ont été observés, comme la consommation d'alcool et de drogues, l'inactivité professionnelle ou le faible niveau d'étude. Il en a été de même chez leurs conjoints concernant la consommation d'alcool et de drogues. Par ailleurs, contrairement à ce qui a été décrit dans la littérature, les femmes dépistées étaient plus âgées que les autres ; leurs durées de vie commune et leur nombre d'enfant étaient similaires au reste de l'échantillon (*cf. paragraphe I-G-1-a-*) (2,12,18,72). Enfin, nous avons observé une part plus importante de victimes vivant en milieu rural (69,3 % contre 38,9%). Même s'il ne constitue pas un facteur de risque connu, l'habitation en milieu rural peut être un facteur d'isolement. Cependant, nos résultats sont à analyser avec prudence, car sur les 22 femmes à risque élevé dépistées, 8 n'ont pas retourné leur "questionnaire patientes" (soit 36 %).

## ***2- Professionnels de santé et violences conjugales***

En comparant nos résultats à ceux obtenus dans d'autres études, nous pouvons affirmer que les professionnels de santé participants étaient déjà actifs dans le dépistage et la prise en charge des violences conjugales. Par rapport au mémoire de M. Rouveyre réalisé en 2012 à Clermont-Ferrant auprès de 20 sages-femmes, 8 gynécologues libéraux, 54 médecins généralistes et 3 soignants de PMI, nous avons obtenu un nombre plus important de soignants préalablement formés (30,4 % contre 4,8 %), pratiquant le dépistage systématique (17,4 % contre 11,5 %) et se sentant capable de prendre en charge une victime (43,8 % contre 28,8 %). Seuls 25 % des victimes de violences conjugales dépistées l'année précédente l'ont été parce qu'elles venaient spontanément en parler. Pour les autres, les soignants ont su y penser à partir des symptômes qu'elles présentaient (100).

On peut noter une nette évolution des pratiques lorsque l'on compare nos résultats avec ceux de l'étude *Chambonet* réalisée en 1996 auprès de 917 médecins généralistes de Loire-Atlantique (2). Le nombre de victimes identifiées par soignant est supérieur : 3,1 par an dans notre étude au lieu de 2 par an dans l'étude *Chambonet*. Les modes de prise en charge sont plus adaptés, avec une diminution de prescriptions de médicaments (2 % contre 81 %) et de soignants gérant seuls la situation (4,1 % contre 66,7 %). Par contre, dans notre étude, le dépistage ciblé était réalisé essentiellement lors des consultations pour demande d'IVG (43,75 %), alors qu'il était effectué dans l'étude *Chambonet* devant des pathologies traumatiques (83 %) et psychologiques (79 %). Cela peut s'expliquer par le nombre de soignants dans notre étude ayant une compétence en gynécologie ou étant de sexe féminin, ou encore par une meilleure formation leur ayant permis de faire le lien entre les IVG et les violences conjugales.

Par ailleurs, nous avons identifié quatre principaux freins au dépistage chez les soignants :

- *Le non-usage de questionnaires de dépistage dans leur pratique courante* : en France, l'utilisation d'outils de dépistage a des difficultés à être adoptée en soins primaires. Citons l'exemple des questionnaires de dépistage de l'alcoolodépendance. Même si leur administration par des médecins généralistes est recommandée depuis 2008 par plusieurs sociétés savantes, leur application reste faible (10 à 15 % des médecins généralistes) (104,105).

- *La crainte d'être perçu comme trop intrusif* : le sujet des violences conjugales ayant longtemps été tabou, quelques soignants semblent avoir des réticences à l'aborder en consultation par peur d'ingérence dans la vie privée des patients (96). Pourtant, les médecins ont été désignés comme personne ressource en troisième position par l'ensemble des participantes et en quatrième position par les femmes ayant déjà été victimes de violences conjugales.

- *Le sentiment d'impuissance face aux violences conjugales* : cette sensation peut s'expliquer par le manque de formation ressenti par les soignants français comme l'ont déjà démontré plusieurs études (97,100,106,107). La méconnaissance et l'insuffisance des réseaux locaux peuvent également être mis en cause (66, 97,100).

- *L'impression que sa patientèle est peu concernée par ce problème* : le manque de connaissances peut conduire à stigmatiser et à sous-estimer le phénomène de violences conjugales (66,100,106). L'enquête qualitative menée par M. Pantaleon en 2013 auprès de dix médecins généralistes est intéressante car elle montre les diverses représentations que peuvent avoir les professionnels de santé des victimes de violences conjugales. Elles étaient perçues comme isolées, consultant peu, [ayant un profil étrange, une personnalité fermée, comme étant fragiles et vulnérables], ou au contraire comme des "battantes", ou même encore comme des "femmes perverses manipulatrices" (106). Un travail similaire a été réalisé la même année en Ile-de-France par M. Barroso-Debel auprès de 28 médecins généralistes. Leur image des victimes de violences conjugales était celle d'une femme de classe socio-économique et culturelle faible, au chômage, dépendante financièrement de son partenaire, dépressive, vulnérable, vivant dans un milieu où l'alcool est présent et récidivant dans leur choix de partenaire. Une grande partie des médecins ignoraient l'existence des violences sexuelles et économiques (66).

## **F- Les limites**

### ***1- Une exploration limitée des violences conjugales***

Nous nous sommes concentrés sur les violences conjugales faites aux femmes, alors qu'elles touchent également les hommes. En 2010-2011, 0,6 % des hommes français de 18 à 75 ans, soit 137 000, ont déclaré avoir été victimes de violences conjugales graves (109). Nous avons fait ce choix, car le WAST n'a été validé que chez les femmes et les échelles de dépistage applicables aux hommes n'ont été validés qu'en langue anglaise (87).

Par ailleurs, le WAST-fr ne nous a pas permis d'explorer les violences sexuelles et économiques, ni l'exposition des enfants.

### ***2- Les biais de sélection***

La question du biais de sélection se pose lorsque l'on constate que la majorité des patientes de notre échantillon avaient suivi des études supérieures (52,3 % alors que 16 % de la population générale a le niveau bac+2 (110)), vivaient dans des communes de moins de 5 000 habitants (53,4% alors qu'en 2015 seuls 20,5 % des Français résidaient en zone rurale (111)) et que seulement 46,9 % étaient mariées (contre 72 % des personnes majeures en couple dans la population générale (112)). Le fait que la patientèle soit jeune (âge médian : 35 ans), surtout celle des sages-femmes et des centres de PMI, a pu jouer un rôle.

De même, concernant les soignants, la majorité étaient des femmes (69,6%) dépistant les violences conjugales dans leur pratique courante (52,2%). Les sages-femmes étaient le groupe le plus âgé (43 ans contre 38 ans) et le plus expérimenté (24 ans contre 13 ans).

- *Biais de volontariat* : contrairement à l'étude de J. B. Brown, nous n'avons pas procédé au tirage au sort des professionnels de santé (4). Par conséquent, nous avons probablement sélectionné les professionnels de santé les plus motivés et les plus sensibilisés. Cependant, les patientes ayant été incluses de manière consécutive, la constitution de l'échantillon de patientes est restée aléatoire.

- *Biais de recrutement* : à la fin de l'étude, certains professionnels de santé ont reconnu ne pas avoir inclus les patientes de manière consécutive. Ainsi, ils les ont probablement sélectionnées. Hors, il a déjà été démontré que les professionnels de santé pouvaient avoir une représentation "caricaturale" des victimes de violences conjugales (*cf. paragraphe IV-E-2-*) (66,97,106).

- *Biais de perte de vue et de non réponse* : sur les 244 patientes ayant complété le WAST-fr, seulement 193 ont retourné leur "questionnaire patientes". Les raisons n'ont pas été relevées mais peuvent être multiples : le sujet de l'étude, le temps nécessaire pour compléter le questionnaire, le fait de devoir revenir le déposer au cabinet ... On peut également imaginer que certaines d'entre elles aient été ou soient victimes de violences conjugales. Afin d'augmenter le taux de réponse, nous voulions initialement que ces questionnaires soient retournés dans une enveloppe pré-affranchies, mais cela n'a pas été possible, faute de financement. Pour limiter ce biais, J. B. Brown faisait compléter le WAST-ang en compagnie du soignant et l'équivalent du "questionnaire patientes" avec un assistant de recherche (3,4). Le même biais est survenu chez les professionnels de santé : sur les 31 ayant administré le WAST-fr, seulement 23 ont retourné le "questionnaire professionnels de santé", invoquant un manque de temps ou des difficultés à maîtriser l'informatique. Leur taux de réponse aurait pu être meilleur si le questionnaire avait été en version papier et moins long.

- *Patientes incluses à tort* : cinq patientes ont été exclues secondairement car elles n'étaient pas en couple.

### ***3- Les biais de mesure***

La façon dont chaque soignant a administré le WAST-fr, ainsi que l'environnement du cabinet, ont pu avoir des répercussions sur l'information perçue par les patientes, et par conséquent sur leurs réponses.

Par ailleurs, les patientes ayant été libres de remplir le "questionnaire patientes" dans le lieu de leur choix, on peut imaginer que certaines l'aient complété en présence d'une tierce personne (partenaire, enfants, amis...), influençant ainsi leurs réponses. Il aurait fallu pour éviter cela faire compléter le questionnaire par les patientes en fin de consultation dans un endroit isolé de la structure de soins.

Un biais de mémorisation est également possible, car les victimes ont tendance à minimiser les violences si elles estiment qu'elles en sont responsables.

### ***4- Les biais de confusion***

Le fait que notre échantillon de patientes soit jeune (âge médian : 35 ans) a pu être un facteur de confusion, l'âge étant un facteur de risque de violences conjugales. Par ailleurs, nous nous sommes contentés de demander aux professionnels de santé le nombre de femmes enceintes dépistées. Étant un facteur de risque majeur de violences conjugales, il aurait été préférable de questionner directement les patientes à ce sujet. Nous aurions pu également les interroger sur un éventuel antécédent d'IVG.

La participation des sages-femmes et des professionnels de PMI peut également en avoir constitué un. En effet, le groupe sage-femme comporte une majorité de patientes diplômées supérieures et le groupe PMI beaucoup de jeunes femmes multipares non qualifiées sans emploi. Peut-être aurait-il été préférable de n'inclure qu'un seul type de professionnels de santé pour éviter ce biais. De plus, afin de respecter les critères d'inclusion, les sages-femmes ont inclus pour la grande majorité des patientes en post-partum venant pour une rééducation périnéale. C'était, selon elles, les seules patientes qu'elles suivaient régulièrement au cabinet et qui venaient seules en consultation. Cela a pu induire un biais de confusion, la grossesse étant un facteur de risque connu de violences conjugales.

## **G- Etudes en rapport avec notre travail**

### ***1- Opinions concernant le dépistage des violences conjugales en milieu ambulatoire***

Plusieurs études françaises ont montré, comme dans notre travail, que les patientes étaient favorables au dépistage des violences conjugales par le médecin généraliste (68-70). Dans l'étude qualitative d'E. Biglia, les 37 victimes de violences conjugales interrogées l'encourageaient, à condition que le praticien aborde le sujet en premier, se montre à l'écoute, les mette en confiance et soit correctement formé. En revanche, contrairement à nos patientes, elles préféraient que le dépistage ait lieu lors d'un entretien direct. Leur avis concernant le dépistage systématique restait partagé (68). M. Palisse s'est intéressée à l'opinion de 557 patientes concernant le repérage systématique des violences sexuelles par leur médecin généraliste : 93 % n'avaient jamais été questionnées à ce sujet par leur médecin alors que 2/3 l'auraient souhaité ; 83 % estimaient que cela relevait du rôle du médecin généraliste et qu'il était normal d'aborder ces questions avec lui (69).

Les obstacles au dépistage que nous avons identifiés chez les professionnels de santé ont également été relevés dans d'autres études. M. Pantaleon a retrouvé en plus la peur des violences conjugales et de leurs conséquences judiciaires (106). Pour A. Boismain, le principal frein était le manque de sensibilisation, suivi des obstacles matériels, émotionnels et logistiques. Les soignants les plus à l'aise avec la problématique étaient salariés (97).

### ***2- Création d'outils de dépistage***

Comme nous avons pu le voir précédemment, plusieurs outils de dépistage des violences conjugales validés en langue française existent, mais seul le WAST est applicable en milieu extra-hospitalier (*cf. paragraphe I-G-3-*). Devant ce constat, certains chercheurs ont voulu élaborer leur propre questionnaire :

- *L'échelle RICPPS de C. Coy en 2005* : ce questionnaire à cinq questions est prometteur. Elaboré à partir de tests validés existants, il s'est avéré plus efficace que le WAST-fr avec un taux de dépistage positif de 17,5 %. De surcroît, il a l'avantage d'être plus court, d'explorer les violences sexuelles et la dangerosité. Par contre, il n'a pas été soumis à un pré test et n'a pas été validé (*"voir annexe L"*) (67).

- *Le test de dépistage de S. HASSAN ABDALLAH en 2011* : à partir de données de 155 patientes, l'auteur a élaboré un questionnaire de dépistage reprenant les huit signes fonctionnels les plus représentés chez les victimes de violences conjugales : pyrosis, insomnie, sensation de faiblesse, myalgies, problèmes de concentration, sentiment de ne pas être heureux, auto-dévalorisation ou présenter plus de six plaintes fonctionnelles. Si l'un de ces signes est observé, le risque d'être victime de violences est compris entre 3 à 7 % ; en présence de ces cinq signes, il passe alors à 100 %. Par rapport au WAST-fr, cet outil a l'avantage de pouvoir être administré sans que la patiente se doute que cela concerne les violences conjugales. De même, il permet d'alerter le praticien en présence de ces signes fonctionnels. Toutefois, contrairement au WAST-fr, ce test n'a pas été testé en pratique réelle, ni été validé (113).

### **3- Application du WAST**

#### *a- Les études de J. B. Brown*

J. B. Brown a réalisé trois études autour du WAST : la première aboutissant à la création et à la validation de la première version anglaise du WAST, la seconde testant son applicabilité auprès de la population canadienne anglophone, et enfin la troisième reprenant le design de la première étude afin de proposer une version française validée (*cf. paragraphe I-G-4-*) (3-5). Pour donner suite aux recherches de J. B. Brown, nous avons voulu tester l'applicabilité de cette dernière version en France en s'inspirant de la méthodologie de son deuxième essai.

Les caractéristiques des patientes dans cette étude sont globalement comparables aux nôtres concernant l'âge (45 ans contre 40 ans), le taux d'études supérieures (44,7% contre 52,3 %) et d'employées ou de professions intermédiaires (58,9 % contre 58,5 %). Par contre, le taux de femmes mariées était plus important (62,7 % contre 47,2 %).

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative en ce qui concerne le niveau d'aise des patientes, le taux de dépistage, ainsi que l'opinion des soignants concernant la clarté du WAST, son aide dans le repérage des victimes et sa capacité à les rendre plus sûrs d'eux. L'association significative entre niveau d'aise des patientes et le statut de victime a été retrouvée, mais pas celle entre le niveau d'aise des soignants, leur nombre d'année d'expérience et leur sexe.

Par contre, l'adhésion des professionnels de santé français au WAST-fr a été plus faible que celle des Canadiens au WAST-ang (4). Cela peut être lié au fait que le Canada, comme nous l'avons souligné dans l'introduction, a une longueur d'avance concernant la prise en charge des violences conjugales (*cf. paragraphes I-C-2-a-, I-E-2-a- et I-G-2-b-*). En effet, les Canadiens ont pris conscience du problème dès les années 1970 et disposent de programmes de sensibilisation, d'outils de dépistage, de protocoles d'intervention et d'une législation forte ; le dépistage systématique des violences conjugales est même recommandé par le SOGC (81). Les chiffres sont parlants : 4 % des Canadiens, hommes et femmes confondus, ont été victimes de violences conjugales entre 2009 et 2014, contre 10 % des Françaises entre 1999 et 2000 (1,28).

Pourtant, l'organisation de la "médecine de famille" canadienne est sensiblement identique à la nôtre. Il s'agit à l'heure actuelle d'un système de santé libéral où les soins médicaux sont remboursés par une assurance maladie. Les CLSC québécois constituent une exception. En effet, le statut public de ces cliniques spécialisées en soins primaires leur permet d'appliquer de nombreux programmes de prévention, comme par exemple le dépistage systématique des violences conjugales (*cf. paragraphe I-G-2-b*) (1,42,114).

#### *b- Les autres études étrangères*

Le WAST a été appliqué dans de nombreuses études hospitalières, essentiellement des services d'urgences, de traumatologie et de chirurgie maxillo-faciale (77,105,115-120). Il a été testé en milieu ambulatoire au Canada par J. B. Brown, en Afrique du Sud et en France (*cf. paragraphe IV-G-3-c-*) (3-5, 121).

#### *c- Les études françaises*

Le WAST a déjà été utilisé dans deux études françaises (108,122) :

- "*Place d'un dépistage systématique des violences conjugales pendant la grossesse*" par M. Ginieys en 2013 : dans cette étude cas-témoin menée dans deux maternités montpelliéraines, le WAST a été administré par des sages-femmes à 250 femmes venant d'accoucher afin de déterminer si elles avaient subi des violences conjugales avant ou pendant la grossesse. Le système de cotation du WAST a été totalement modifié sans justification. Au lieu d'utiliser le système de cotation à 21 points de J. B. Brown (*cf. paragraphe II-C-1-a-*), le WAST a été considéré comme positif s'il avait été répondu "souvent" ou "quelquefois" aux questions 4, 6, 7 ou 8. De même, afin de conserver la question sur les violences sexuelles, M. Ginieys a préféré traduire le WAST-ang en langue française plutôt que d'utiliser le WAST-fr/can. Par conséquent, son étude se base, contrairement à la nôtre, sur un questionnaire non validé. Le taux de victimes identifiées a été sensiblement similaire au nôtre : 10,8 % contre 9 %. Trente pourcents des victimes ont indiqué que les violences avaient débutés pendant leur grossesse. Cette période constituant un facteur de risque de violences conjugales, il n'est pas étonnant de constater un plus fort taux de dépistage dans cette étude. De même, le fait qu'elle ait été menée en secteur hospitalier peut avoir joué un rôle. Par ailleurs, cette étude a retrouvé chez les cas un taux significativement plus important de séparation et/ou divorce, de femmes vivant seules et de consommation de toxiques chez les partenaires, ainsi qu'un taux inférieur de mariage et/ou de PACS. Nous avons retrouvé cette tendance concernant ces deux dernières caractéristiques. N'ayant inclus que des personnes en couple, nous n'avons pas pu vérifier les deux premières (122).

- "*Identification des violences conjugales en médecine générale : évaluation de deux interventions*" de A. Bolot : cette étude randomisée, réalisée auprès de 32 médecins généralistes bisontins, a également utilisé le WAST-ang à huit questions après l'avoir traduit en français, mais cette fois en milieu ambulatoire. L'objectif était de déterminer quel était le type de dépistage le plus efficace entre une méthode active (le WAST administré directement par un médecin généraliste, n=242) et passive (distribution d'un dépliant aux patientes semblant intéressées, n=480). Le WAST a permis de dépister 28,9 % personnes dépistées contre 1,25 % avec la méthode passive.

Ce taux est nettement supérieur à celui observé dans notre étude concernant les femmes à risque élevé (9 %). Nous pouvons nous demander s'il ne comprend pas les femmes à risque modéré, ce dernier étant de 24,2 % dans notre étude. Le WAST a été également bien accueilli par les médecins : 69,2 % ont trouvé que l'application systématique du WAST était faisable durant le temps d'une consultation et 76,3 % qu'il constituait un bon outil de dépistage en médecine générale. Par contre, un taux plus faible de médecins généralistes étaient prêts à l'utiliser dans leur pratique quotidienne : 46,1 % (contre 60,9 %) (108).

Ainsi les études de J. B. Brown ont été suivies par de nombreux travaux d'application du WAST. Le WAST-ang a fait l'objet de plusieurs essais d'applicabilité, alors que les études autour du WAST-fr/can tardent à être menées. En France, deux études ont tenté de l'appliquer mais en utilisant une version traduite non validée du WAST-ang et un système de cotation différent.

Notre étude est donc la première à tester en France le WAST-fr/can validé. Elle est également la seule à l'avoir appliqué chez plusieurs professionnels de santé simultanément. Elle a mis en évidence une adhésion satisfaisante au WAST-fr au sein de la population française. Celle des professionnels de santé serait majorée s'il était administré par leurs confrères salariés.

D'autres études sont donc nécessaires avant la généralisation du WAST-fr. Il serait intéressant de réaliser un essai randomisé de grande ampleur conservant notre méthodologie mais ne s'intéressant qu'à un type de soignant précis afin de limiter le biais de confusion. Un tel essai serait plus facile à réaliser chez des professionnels de santé non libéraux, tels que des centres de planification, structures de PMI, services d'urgences, maternité... Des études en milieu ambulatoire restent cependant intéressantes, d'autant que des cabinets de médecine générale salariés ainsi que l'association Asalee se développent en France. Pour limiter le biais de mesure, il serait intéressant que le "questionnaire patientes" soit administré par un assistant de recherche comme dans l'étude de J. B. Brown. De même, nous pouvons imaginer réaliser des essais randomisés comparant le dépistage ciblé et systématique, ainsi que l'hétéro- et l'auto-administration du WAST-fr.

## V- CONCLUSION

Le WAST est à l'heure actuelle le seul outil de dépistage des violences conjugales validé en langue française et utilisable en milieu ambulatoire. La version que nous avons proposé, le WAST-fr, a été bien accueillie par les patientes et les professionnels de santé (médecins généralistes, sages-femmes et centres de PMI), et la majorité des soignants envisagent de l'utiliser dans leur pratique courante de façon ciblée. Par rapport au WAST-ang, le niveau d'aise des soignants et leur volonté de poursuivre son utilisation sont significativement plus faibles. Pour garantir son efficacité, il est important que le WAST-fr soit administré directement par une tierce personne (95). Même s'il peut être utilisé par tous les professionnels de santé, il semble que l'adhésion serait supérieure chez les salariés. Il pourrait ainsi trouver sa place dans les hôpitaux, les centres de santé, les structures de PMI, les centres de planification, les services sociaux, ou encore auprès des infirmières Asalee.

Plusieurs professionnels de santé participants ont déclaré que ce travail les avait sensibilisés à la problématique des violences conjugales et qu'ils se sentaient plus à même de les prendre en charge. Cela leur a permis de "s'éloigner de certains clichés".

Grâce à cette étude, nous avons respecté la volonté de J. B. Brown de [mettre à l'épreuve la version française du WAST dans des cabinets de médecins de famille francophones] (4). Il est nécessaire de poursuivre les investigations en réalisant, si possible, des études randomisées sur de plus gros échantillons, que ce soit en milieu ambulatoire ou hospitalier. Il serait également intéressant de valider le WAST dans la population masculine.

Nous pouvons imaginer qu'à terme le WAST-fr devienne le Gold-Standard des outils de dépistage des violences conjugales en France. Il pourrait ainsi servir aux épreuves de validation d'autres tests, tels que le RICPPS de C. Coy, et être intégré dans des protocoles de dépistage comme l'avait recommandé le *rapport Henrion* et le *4<sup>ème</sup> plan interministériel 2014-2016* (cf. *paragraphe I-E-4-a-* et *I-E-4-g-*) (2,36,67).

## VI- GLOSSAIRE

AAS : Abuse Assessment Scale

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

ALPHA : Antenatal Psychosocial Health Assessment

ARI : Abuse Risk Inventory

ASI : Abuse Screening Inventory

CIPVS : Computerized Intimate Partner Violence Screen

CLSC : Centres Locaux de Services Communautaires

CNGOF : Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français

CVS : Cadre de Vie et Santé

DMG : Département de Médecine Générale

Enveff : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

FNACAV : Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en charge d'Auteurs de Violences conjugales et familiales

FRA : Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne

HAS : Haute Autorité de Santé

HITS : Hurt, Insult, Threaten, Scream

Ined : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

ITT : Interruption Temporaire de Travail

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

JAF : Juge des Affaires Familiales

MIPROF : Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la Traite des Etres Humains

OAS : Ongoing Abuse Screen

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

OVAT : Ongoing Violence Assessment Tool

PACS : Pacte Civil de Solidarité

PMI : Protection Maternelle Infantile

PVS : Partner Violence Screen

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

StaT : Slapped, Things and Threaten

TGD : Téléphone Grand Danger

UE : Union Européenne

USPSTF : U.S. Preventive Services Task Force

VAWA : Violence Against Women Act

Virage : Violence et RAports de Genre

WAST : Woman Abuse Screening Tool

WEBS : Women's Experience with Battering Scale

## VII- BIBLIOGRAPHIE

1. Turgeon J. Le point sur la violence conjugale. *Ressources et vous : revue de la société de criminologie du Québec*. 2003;8(1):21-2.
2. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales: le rôle des professionnels de santé. Rapport au Ministre Délégué à la Santé. Paris : La Documentation française. 2001.
3. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med*. 1996;28(6):422-8.
4. Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *J Fam Pract*. 2000;49(10):896-903.
5. Brown JB, Lemelin J, Lent B, Schmidt G, Sas G. Dépistage de la violence faite aux femmes. Epreuves de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français. *Can Fam Physician*. Mai 2001;47:988-995.
6. Assemblée nationale des Nations unies. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. New York : Organisation des Nations Unies. 1979.
7. Assemblée nationale des Nations unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes décembre. New York : Organisation des Nations Unies. 1993.
8. Organisation mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des femmes. Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016. Disponibilité sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>.
9. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé. 2002:136-97.
10. Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Istanbul : Conseil de l'Europe. 2011.
11. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. Violence against women : an EU-wide survey, main results. Vienne : FRA. 2014.
12. Henrion R. Dépistage des violences faites aux femmes. Tome XXVIII des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Paris : CNGOF. 2004.
13. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E. Risk factors for injury to women from domestic violence. *N Engl J Med*. 1999;341(25):1892-8. doi: 10.1056/NEJM199912163412505.

14. Walker L. The battered woman syndrome. 4th ed. New York : Springer publishment company, 1979:112-91.
15. Dorey R, La relation d'emprise. Nouvelle Revue de Psychanalyse.1981;(24):139-117.
16. DAIP. Home of The Duluth Model. 2011. Disponibilité sur internet : <<http://www.theduluthmodel.org/>>.
17. Lapierre S, Côté I. La typologie de la violence selon Johnson : quand une contribution profémiste risque d'être récupérée par le discours masculiniste et antifémiste. Intervention. 2014; (140):79-69.
18. Organisation mondiale de la Santé. Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes. Rapport succinct. Genève : Organisation mondiale de la Santé. 2005.
19. Organisation mondiale de la Santé. Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève : Organisation mondiale de la Santé. 2013.
20. Ibrahim D, Burczycka M. La violence familiale au Canada: un profil statistique, 2014. Juristat. 2016. Disponibilité sur internet : <<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/160121/dq160121b-fra.htm>>.
21. National center for injury prevention and control. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010 Summary Report. 2011.
22. Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski A. Captured Queen. Men's violence against women in "equal" Sweden- a prevalence study. Umea : The Swedish National Council for Crime Prevention. 2002.
23. Federal ministry for family affairs, senior citizens, women and youth. Health, well-being and personal safety of women in Germany. A representative study of violence against women in Germany. MFSF. 2004.
24. Balvig F, Kyvsgaard B. Dansk rapport vedrørende deltagelse i International Violence Against Women Survey (IVAWS). 2006.
25. Piispa M, Heiskanen M, Kaariainen J, Siren R. Violence against women in Finland. National Research Institute of Legal Policy The European Institute for Crime Prevention Control. 2006;225(51).
26. Sabbadini L. La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Istat. 2014.
27. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. Violence against women survey Vienne : FRA, 2014. Disponibilité sur internet : <<http://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/survey-data-explorer-violence-against-women-survey>>.

28. Jaspard M, Brown E, Condon S, Firfion J, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A et al. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. Paris: La Documentation française. 2003.
29. Ministère des droits des femmes. Décret n° 2013-7 du 3 janvier 2013 portant création d'une mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Journal officiel, n°0004 du 5 janvier 2013.
30. Assemblée nationale des Nations unies. Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes. Beijing : Organisation des Nations Unies. 1995.
31. Ministère de l'intérieur, Délégation aux victimes. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple, année 2015. 2016.
32. MIPROF. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes n°8. 2015.
33. Ministère de l'intérieur, Délégation aux victimes. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple, année 2014. 2015.
34. Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A et al. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Paris : INED, Document de travail n°229. 2017.
35. Observatoire National de l'Enfance en Danger. Rapport d'étude. Les enfants exposés à la violence conjugale. Recherches et pratiques. 2012 Nov.
36. Ministère des droits des femmes. 4<sup>ème</sup> plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016. 2013 Nov.
37. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Evaluation économique des violences conjugales en France. Santé Publique. 2010. 22 (4).
38. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012. 2014 Nov.
39. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 5<sup>ème</sup> plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017-2019. 2016 Nov.
40. Assemblée Générale des Nations Unies. Article 2 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, résolution 217 A (III), U.N. Doc. A/RES/217(III). 1948 Dec.
41. Ministère de la justice. Les lois sur la violence conjugale. Disponibilité sur internet : <<http://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/vf-fv/lois-laws.html>>.
42. Gouvernement du Québec. Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale. 2004.

43. Senn CY, Misha E, Barata PC, Thurston W, Newby-Clark I, Radtke H et al. Efficacy of a sexual assault resistance program for university women. *N Engl J Med* 2015; 372:2326-2335. 2015 June, DOI: 10.1056/NEJMsa1411131
44. Gouvernement du Québec. Prévenir dépister contrer. Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale. 2012.
45. Department of Justice. The Violence Against Women Act of 1994. Title IV, sec. 40001-40703. Violent Crime Control and Law Enforcement Act. 1994 Sept.
46. Sacco L. The Violence Against Women Act : Overview, Legislation, and Federal Funding. Congressional Research Service. 2015 May.
47. Parlement européen. Rapport 2011/2273 du 5 janvier 2012 sur le programme Daphné : bilan et perspectives. 2012.
48. Parlement européen. Règlement (UE) N° 1381/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 établissant un programme «Droits, égalité et citoyenneté». 2013.
49. Conseil de l'Europe. Recommandation Rec (2002)5 du Comité des Ministres aux Etats membres sur la protection des femmes contre la violence. 2002 Apr.
50. Conseil de l'Europe. Etat des signatures et ratifications du traité 210. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Disponibilité sur internet : <http://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/210/signatures>
51. Ministère de la justice. Loi n° 2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce. *Journal officiel*, n°122 du 27 mai 2004, p 9319.
52. Ministère de la justice. Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. *Journal officiel*, n°81 du 5 avril 2006, p 5097.
53. Ministère de la justice. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. *Journal officiel*, n°0158 du 10 juillet 2010 p.12762.
54. Ministère de la justice. Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. *Journal officiel*, n°0179 du 5 août 2014, p.12949.
55. Ministère de la justice. Loi n° 2016-444 du 13 avril 2016. *Journal officiel*, n°0088 du 14 avril 2016.
56. Sénat, Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Rapport n°425 : 2006-2016: un combat inachevé contre les violences conjugales. 2016 Feb.
57. Conseil de l'Europe. Le traitement thérapeutique des hommes auteurs de violences au sein de la famille. Strasbourg : 2004 Nov.

58. Ministère de la justice et des libertés, Direction des affaires criminelles et des grâces. Guide de l'action publique : les violences au sein du couple. 2011 Nov.
59. Direction de l'information légale et administrative. Fiche pratique : violences conjugales. 2017 Feb. Disponibilité sur internet : <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>>.
60. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Lutter contre la violence au sein du couple. Le rôle des professionnels. 2008 Oct.
61. Région Poitou-Charentes. Lutte contre les violences faites aux femmes. Les contacts utiles en Poitou-Charentes. Disponibilité sur internet : <<http://www.poitou-charentes.fr/content-alfresco-portlet/document?uuid=544be31d-3317-11e2-8621-234446bac318>>.
62. Service de médecine légale du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers. Violences conjugales: Aide à la prise en charge médicale à destination des médecins. Disponibilité sur internet : <[http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Plaqueette\\_CHU\\_Angers\\_1.pdf](http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Plaqueette_CHU_Angers_1.pdf)>
63. Article 44 du Code de Déontologie Médicale
64. Ministère de la justice. Loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé. Journal officiel n°0258 du 6 novembre 2015 page 20706.
65. Article 40 du Code Pénal.
66. Barroso-Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Thèse de médecine. Université Paris VII. 2013 Oct.
67. Coy C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICPPS. Thèse de médecine. Université Paris VI : 2005 March.
68. Biglia E. Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale (expériences et attentes de femmes victimes). Thèse de médecine. Université de Nice : 2012.
69. Palisse M. . "Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes". Thèse de médecine. Université Paris Descartes. 2013 Oct.
70. Woimant M. Modalités de repérage par des patientes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes. Thèse de médecine. Université Paris VI. 2012 Jan.
71. Koziol-McLain J, Giddings L, Rameka M, Fyfe E. Intimate partner violence screening and brief intervention: experiences of women in two New Zealand Health Care Settings. J Midwifery Womens Health. 2008 Nov-Dec;53(6):504-10. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.06.002.

72. Organisation mondiale de la Santé/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
73. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD007007. DOI: 10.1002/14651858.CD007007.pub3
74. Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, et al. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. 2013 Apr. *The Lancet*, Volume 382, Issue 9888, 249 - 258
75. Ahmad F, Hogg-Johnson S, Stewart DE, Skinne HA, Glazier RH, Levinson W. Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2009 Jul 21;151(2):93-102. Epub 2009 Jun 1.
76. Klevens J, Kee R, Trick W, Garcia D, Angulo FR, Jones R, et al. Effect of Screening for Partner Violence on Use of Health Services at 3-Year Follow-up of a Randomized Clinical Trial. Août 2015. *JAMA.* 2015;308(7):681-689. doi: 10.1001/jama.2012.6434
77. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M et al. Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. A randomized trial. Août 2009. *JAMA.* 2009;302(5):493-501. doi:10.1001/jama.2009.1089
78. Rhodes KV, Rodgers M, Sommers M, Hanlon A, Chittams J, Doyle A, et al. Brief Motivational Intervention for Intimate Partner Violence and Heavy Drinking in the Emergency Department: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2015 Aug 4;314(5):466-77. doi: 10.1001/jama.2015.8369.
79. Organisation mondiale de la Santé. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2013.
80. The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of violence against women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* September 16, 2003 vol. 169 no. 6.
81. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Intimate Partner Violence Consensus Statement. *SOGC Clinical Practice Guidelines* n° 157. 2005 Apr.
82. The American College Obstetricians and Gynecologists. Intimate partner violence. Committee opinion n°518. 2012 Feb.
83. Pudukollu M. Domestic violence: Screening made practical. *J Fam Prat.* 2003 Jul;52(7):537-43.

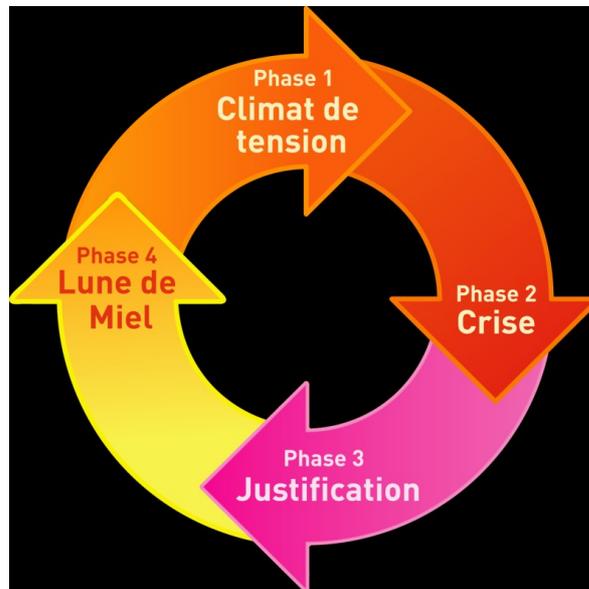
84. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2013;158(6):478-486.
85. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). 2005 Nov.
86. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007 May.
87. Institut National de Santé Public du Québec. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale. 2010 Jan.
88. Kasiulevicius V, Sapoka V, Filipaviciute R. Sample size calculation in epidemiological studies. *Gerontologija* 2006;7(4): 225–231.
89. Ecole Supérieure de l'Education Nationale. Études et conseils : démarches et outils. Questionnaires. 2007. Disponibilité sur internet : <http://www.esen.education.fr/conseils/recueil-de-donnees/operations/construction-des-outils-de-recueil/questionnaire/>.
90. BiostaTGV. Tableau des tests statistiques d'hypothèse. Disponibilité sur internet : <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests>.
91. Ramousse R, Le Berre M, Le Guelte L. Introduction aux statistiques. Comparaison de plusieurs échantillons: les analyses de variance. 1996. Disponibilité sur internet : <http://www.cons-dev.org/elearning/stat/parametrique/5-3/5-3.html>.
92. Baudot JY. Le test exact de Fisher. Disponibilité sur internet : <http://www.jybaudot.fr/Inferentielle/fisherexact.html>.
93. Baudot JY. Le coefficient de corrélation de Spearman. Disponibilité sur internet : <http://www.jybaudot.fr/Inferentielle/spearman.html>.
94. Zaher E, Keogh K, Ratnaplan S. Effets de la formation sur les violences conjugales. Révision systématique d'études randomisées contrôlées. *Can Fam Physician.* 2014;60(7) : e340–e347.
95. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.* 2006 Aug 2;296(5):530-6.
96. Ministère de la santé et des solidarités, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. La durée des séances chez les médecins généralistes. Etudes et résultats n°481, 2006 Apr.
97. Boismain A, Gaundin M. 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. Thèse de médecine. Université de Grenoble. 2012.

98. Oermann MH. Effects of educational intervention in waiting room on patient satisfaction. *J Ambul Care Manage.* 2003 Apr-Jun;26(2):150-8.
99. Sherwin HN, McKeown M, Evans MF, Bhattacharyya OK. L'"attente" dans la salle d'attente, de nuisance à opportunité. *Can Fam Physician.* 2013 May; 59(5): e222-e224.
100. Rouveyre M. Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales : état des lieux des pratiques dans le Puy-de-Dôme. Mémoire de sage-femme. Université de Clermont-Ferrand. 2012.
101. Fédération Nationale Solidarité Femmes. Extrait de l'analyse globale des données issues des appels au "3919-Violences Femmes Info" Année 2015. Paris : Solidarité Femmes. 2016 Nov.
102. Préfecture de la Vienne. Plan départemental de prévention de la délinquance de la Vienne 2014-2017. Poitiers. 2014 Oct.
103. Fédération Nationale Solidarité Femmes. Les violences faites aux femmes en milieu rural : une étude en Midi-Pyrénées et en Pays de la Loire. Paris : Solidarité Femmes. 2016.
104. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008.
105. Freemantle, N., Grilli, R., Grimshaw, J.M. and Oxman, A.D. Implementing the findings of medical research: the Cochrane Collaboration on Effective Educational Practice. *Quality Health Care.* 1995;4:45-7.
106. Pantaleon M. Le médecin généraliste face aux violences conjugales: représentations et résistances au changement de pratiques. Thèse de médecine. Université de Nantes. 2013.
107. Valade I. Violences conjugales, quel dépistage en maternité? Mémoire de sage-femme. Université de Nantes. 2006.
108. Bolot AL. Repérage des violences conjugales en médecine générale: évaluation de deux interventions. Thèse de médecine. Université de Franche-Comté, 2010.
109. Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales. La criminalité en France. Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Paris, 2012, p. 38-39.
110. Institut national de la statistique et des études économiques, Observatoire des inégalités. Rapport sur les inégalités en France, édition 2014.
111. Statista. Part de la population rurale dans la population totale en France de 2006 à 2015. Disponibilité sur internet : <https://fr.statista.com/statistiques/473813/population-rurale-en-france/>
112. Institut national de la statistique et des études économiques. Le couple dans tous ses états. INSEE PREMIERE n°1435, 2013.

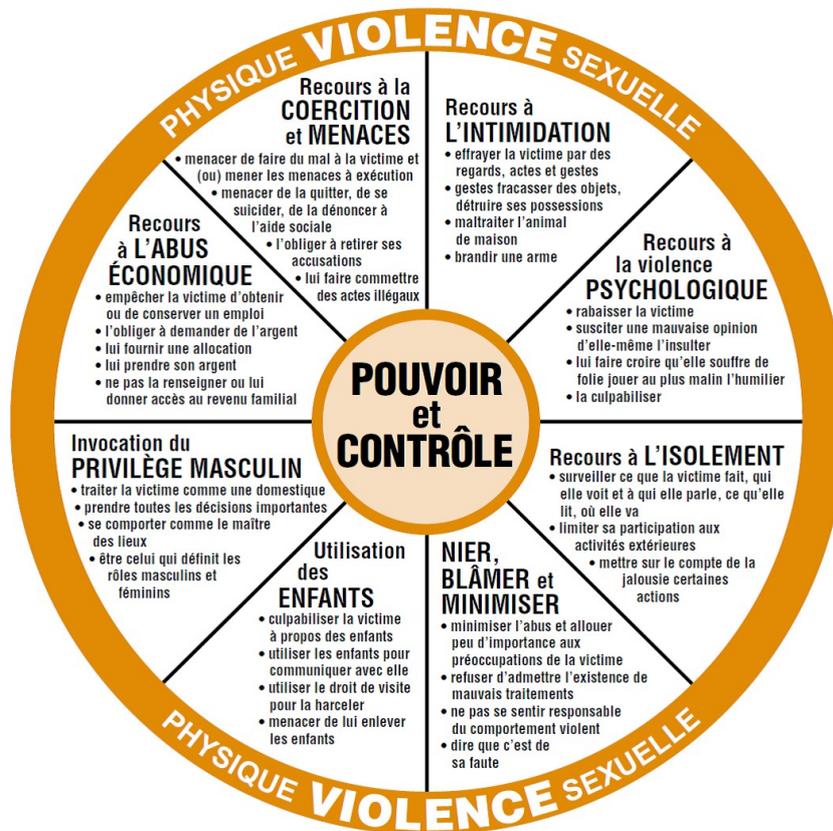
113. Hassan Abdallah S. Violences conjugales: enquête en médecine générale: proposition d'un test de dépistage. Thèse de médecine. Université de Tours. 2011.
114. Gouvernement du Québec. Le système de santé et de services sociaux au Québec en bref. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. 2016.
115. Perciaccante VJ, Carey JW, Susarla SM, Dodson TB. Markers for intimate partner violence in the emergency department setting. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Jun;68(6):1219-24. doi: 10.1016/j.joms.2010.02.010. Epub 2010 Apr 14.
116. Perciaccante VJ, Susarla SM, Dodson TB. Validation of a diagnostic protocol used to identify intimate partner violence in the emergency department setting. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Jul;68(7):1537-42. doi: 10.1016/j.joms.2010.02.012.
117. Bhandari M, Sprague S, Dosanjh S, Petrisor B, Resendes S, Madden K. The prevalence of intimate partner violence across orthopaedic fracture clinics in Ontario. *J Bone Joint SurgAm.* 2011 Jan 19;93(2):132-41. doi: 10.2106/JBJS.I.01713. Epub 2010 Dec 10.
118. Wathen CN, Jamieson E, MacMillan HL. Who is identified by screening for intimate partner violence? *Womens Health Issues.* 2008 Nov-Dec;18(6):423-32. doi: 10.1016/j.whi.2008.08.003.
119. Halpern LR, Susarla SM, Dodson TB. Injury location and screening questionnaires as markers for intimate partner violence. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005 Sep;63(9):1255-61.
120. Sprague S, Bhandari M, Rocca GJ, Goslings JC, Poolman RW, Madden K. Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. *The Lancet.* Volume 382, N° 9895, p866–876, 7 September 2013.
121. Saiman A. Evaluation of the accuracy of a two-question screening tool in the detection of intimate partner violence in a primary healthcare setting in South Africa. Thèse de médecine. Université de Witwatersrand, 2014.
122. Ginieys M. Place d'un dépistage systématique des violences conjugales pendant la grossesse. Mémoire de sage-femme. Université de Montpellier. 2013.
123. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. 2011 Oct.

## VIII- ANNEXES

### Annexe A : "Le cycle de la violence" (14)



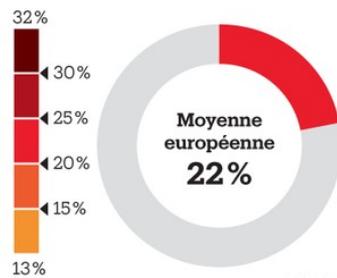
### Annexe B : "La roue du pouvoir et du contrôle" (16)



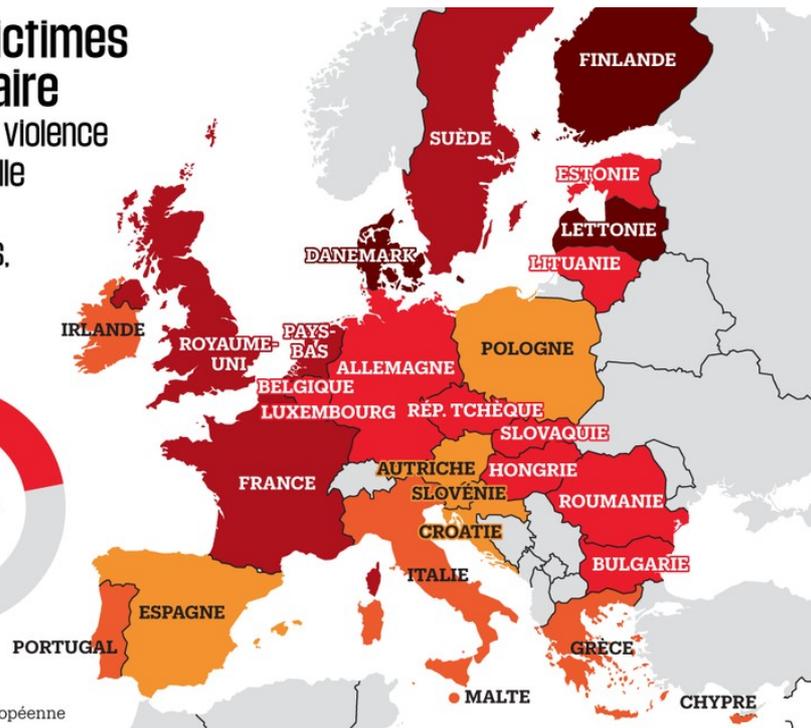
## Annexe C : Cartographie des violences conjugales en Europe (11,27)

### Les femmes victimes de leur partenaire

Femmes victimes de violence physique et/ou sexuelle d'un(e) partenaire, depuis l'âge de 15 ans, en %



Source : Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne



## Annexe D : Historique du droit des femmes en France

1884 : Réinstauration du droit au divorce (abrogée sous Louis XVIII)

1938 : Suppression de l'incapacité juridique de la femme mariée

1944 : Droit de vote de la femme

1965 : Possibilité pour la femme d'exercer une profession sans l'accord de son mari

1967 : *Loi Neuwirth* donnant droit à la contraception

1975 : *Loi Veil* concernant l'IVG (remboursement obtenu en 1982)

1980 : Le viol devient un crime, passible de 15 à 20 ans d'emprisonnement

1981 : Création du *Ministère des droits des femmes* par François Mitterrand.

1990 : Le viol entre conjoints est reconnu par la jurisprudence

1992 : *Loi du 22 juillet* : la qualité de conjoint ou de concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des "atteintes à l'intégrité de la personne"

2004 : *Loi du 26 mai relative au divorce* : création de l' "éviction du conjoint violent du domicile"

2006 : *Loi du 4 avril* : toute infraction commise au sein du couple est une circonstance aggravante aux anciens partenaires

2010 : *Loi du 9 juillet* : création de l'ordonnance de protection, du délit de harcèlement et du délit de violences habituelles au sein du couple ; extension de la circonstance aggravante aux ex-conjoints

2014 : *Loi du 4 août* : renforcement de l'ordonnance de protection ; création de stages de responsabilisation pour les auteurs de violences conjugales

2016 : *Loi du 13 avril* : la violence conjugale est désormais considérée comme un délit

**Annexe E : Modèle de certificat médical initial fourni par la HAS (123)**

*Nom et prénom du médecin :*

*Adresse :*

*Numéro d'inscription à l'ordre des médecins :*

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom, date de naissance) \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) \_\_\_\_\_, *(en présence de son représentant légal, Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_).*  
*(Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_).*

Il/Elle déclare "avoir été victime d'une agression \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (lieu) \_\_\_\_\_".

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires ( \_\_\_\_\_ ) ont été prescrits et ont révélé \_\_\_\_\_.

Un avis spécialisé complémentaire ( \_\_\_\_\_ ) a été sollicité et a révélé \_\_\_\_\_.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi.

Depuis, il/elle dit "se plaindre de \_\_\_\_\_".

La durée d'incapacité totale de travail est de \_\_\_\_\_ (nombre de jours en toutes lettres) \_\_\_\_\_ à compter de la date des faits, sous réserve de complications .

Certificat établi, le \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre), à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur \_\_\_\_\_ (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_ et remis en main propre.

*Signature et cachet d'authentification*

## **Annexe F : Brochure "Prise en charge des violences conjugales dans la Vienne" (60-62)**

*Parler de violences conjugales en consultation peut faire peur, autant à la patiente qu'au professionnel de santé. J'ai élaboré ce guide afin de vous aider, au cas où vous vous retrouviez face à un cas de violences conjugales.*

### **QUAND Y PENSER ?**

#### **MOTIFS DE CONSULTATION**

- **Lésions traumatiques ou séquelles**
- **Aggravation de pathologies chroniques** : pulmonaires (asthme, BPCO, IRC), cardiaques (HTA, IC, coronaropathie), métaboliques (diabète)
- **Troubles psychosomatiques d'étiologie inconnue** : asthénie, gastrite/ colite, lombalgies, céphalées, paresthésies, myalgies, tachycardie, dyspnée, palpitations, oppressions thoraciques, troubles gynécologiques...
- **Troubles psychiques** : anxiété, sentiment d'humiliation, de dévalorisation personnelle ou de culpabilité, troubles du sommeil, de l'alimentation (boulimie > anorexie), addictions (alcool, drogues, psychotropes), dépression, troubles délirants, troubles cognitifs (difficulté de concentration, d'attention et troubles de la mémoire)

#### **LES VICTIMES**

- Age : +++ entre 20 à 24 ans
- Etudiantes ou sans emploi ou élevées en institution
- Immigrées de 1e ou de 2e génération originaires du Maghreb ou d'Afrique subsaharienne
- Comportement : alternance entre apathie et irritabilité

#### **2 PATIENTES TYPE:**

- ① La patiente peu observante, qui consulte avec du retard et oublie ses rendez-vous
- ② La patiente qui consulte fréquemment pour de multiples motifs parfois contradictoires

#### **LES PARTENAIRES VIOLENTS**

- Instabilité professionnelle : chômage récent ou habituel, infériorité du niveau scolaire
- Immigrés
- Consommateurs de substances psychoactives
- Personnalité : immature et impulsive, ou psychorigide autoritaire, jalousie compulsive, tendance au sexisme
- Exposition à des violences dans l'enfance

#### **L'agresseur en consultation :**

- Très présent et prévenant, répond à la place de sa femme
- Peu impliqué dans l'éducation des enfants et peu empathique
- +/- Attitude intimidante, accès de colère

#### **LES COUPLES**

- Importante différence d'âge
- Mixtes (homme d'origine étrangère et femme d'origine française)
- Dépendance financière de la femme
- Grossesse en cours
- Instables : mécontente à propos des rapports sexuels et des enfants, infidélité, séparation récente

## PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES EN 5 ETAPES

### 1°) ECOUTER

- Rappeler la confidentialité et le secret médical
- Écouter sans mettre en doute, ni banaliser
- Déresponsabiliser la victime et lui rappeler la loi
- Expliquer les complications des violences conjugales

### 2°) RECUEILLIR LES ELEMENTS FACTUELS en vue de l'élaboration du certificat médical

#### - Interrogatoire :

La date de début, la fréquence, le type, les personnes concernées (enfant(s) exposé(s) ?)  
Le contexte des violences et l'environnement de la victime, la notion de conduites addictives  
ou d'antécédent psychiatrique chez le partenaire et le retentissement sur le psychisme.

#### - L'examen physique :

Recherche de signes et de complications de violences conjugales (si possible avec schémas ou photos datées et signées)

### 3°) SOIGNER

### 4°) EVALUER la gravité des violences, CONSEILLER, AGIR

#### - Évaluer la gravité de la situation

Présence d'armes au domicile ? (si oui, il faut qu'elle les retire)  
Antécédents judiciaires et psychiatriques de l'agresseur ?  
Menace de mort ?  
Risque suicidaire de la victime ?  
Conduites addictives ?  
Exposition d'enfants aux scènes de violences ?

**En cas de danger imminent,  
une hospitalisation de protection ou un hébergement d'urgence  
peuvent être proposés**

#### - Conseiller un "scénario de protection" à la patiente en cas de départ précipité du domicile familial

Identifier une personne de confiance  
Enregistrer les contacts utiles dans son téléphone :  
police/gendarmerie, le 3919, associations locales, services d'hébergement d'urgence ...  
Réunir des éléments de preuve dans une boîte mail privée ou en lieu sûr :  
témoignages écrits de l'entourage, plaintes, certificats médicaux...)  
Ouvrir un compte bancaire personnel avec son nom de naissance et une autre adresse  
(possibilité de se faire domicilier à l'adresse de la police/gendarmerie et de son avocat)  
Préparer une valise contenant :  
Des affaires de première nécessité,  
Un double des clés du logement, du liquide,  
Une copie des éléments de preuves et les documents officiels :  
livret de famille, carte d'identité, carte de séjour, chèquiers, quittances de loyers,  
bulletins de salaire, carte d'assuré social, carnet de santé, factures

**En cas départ précipité avec des enfants,  
la victime doit absolument le signaler à la police ou à la gendarmerie,  
sous peine de poursuites judiciaires**

**- Agir**

Élaborer un certificat médical initial descriptif : le remettre à la victime (même si cette dernière ne le juge pas utile) et conserver un double dans le dossier médical  
Inciter la victime à porter plainte  
Proposer à la victime de réaliser un signalement judiciaire

**Le consentement ne sera pas nécessaire si les violences concernent une personne :**

- De moins 15 ans (enfants exposés)
- OU dans l'incapacité de se protéger en raison de son état physique ou psychique (Articles 44 du Code de Déontologie médicale et 226-14 Al.1 du CP)
- OU en péril imminent ou dans un état de vulnérabilité tel qu'elle semble dans l'incapacité d'agir pour elle-même (Guide de l'action publique 2011)

**En cas de doute : faire hospitaliser la patiente ou contacter le Conseil de l'Ordre**

## 5°) ORIENTER VERS LES AUTRES INTERVENANTS

- Gendarmerie/Police
- Urgences hospitalières, psychiatres
- Avocats : consultations juridiques gratuites et Permanences victimes au sein des Palais de Justice  
Demande d'aide possible auprès de l'État ou auprès de certaines compagnies d'assurance  
Coordonnées sur : [www.cnb.avocat.fr](http://www.cnb.avocat.fr)
- Travailleurs sociaux des "Maisons Des Solidarités" (structures avec des assistantes sociales qui aident à trouver un logement, une école et des aides financières)
- Conseil Général
- Hébergements d'urgence :

### 2 façons pour obtenir un hébergement d'urgence :

- ① Se présenter au commissariat de police/gendarmerie,
- ② Contacter directement au **115** ou au **0800 002 906** l'Association de la Croix-Rouge Française (ouvert 7j/7 et 24h/24)

Liste des structures d'hébergement dans la Vienne :

- CHRS L'étape (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale)  
6 rue d'Oléron- 86000 POITIERS - 05.49.41.40.21
- Centre de la Vie rurale  
Logis de la cour- 18 rue Pictave 86600 JAZENEUIL - 05.49.53.56.29
- CHRS Carrefour  
7 rue de Bel Air- 86000 POITIERS - 05.49.01.79.16
- Foyer Sylvain Drault  
22 rue Sylvain Drault- 86000 POITIERS - 05.49.01.16.58
- Service Insertion Logement - Service Insertion Professionnelle  
6 place Sainte Croix- 86000 POITIERS - 05.49.03.18.56
- Service d'insertion social pour adultes (SISA) - ADSEA  
31 avenue Pierre Abelin- 86100 CHATELLERAULT - 05.49.02.17.00
- ADIFAS : Résidence Cécile et Marie-Anne  
16 rue Riffault - 86 000 Poitiers- [res.cma@free.fr](mailto:res.cma@free.fr) - 05 49 88 44 20

- Les Associations :

### Nationales

- Violences conjugales- Femmes Info service → n° 3919 (appel gratuit, 7j/ 7,24h/24)
- Allô Enfance maltraitée --> n°119 (appel gratuit, 7 j /7, 24h/24)

### Dans la Vienne

- Avec accompagnement juridique et soutien psychologique :

- CIDFF Vienne (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles) : cidff86@orange.fr :

\* Séances d'écoute psychologiques :

Poitiers (vendredi de 9h à 12h)- 47 rue des Deux Communes 86180 Buxerolles  
Châtellerault (mardi et jeudi de 9h à 17h)- 11 rue Cognet 86100 Châtellerault

\* Permanences d'aide juridique :

Montmorillon : Pl. de la Victoire - 05 49 88 04 41

Loudun au centre médico-social, 14 bd du 8 mai 1945 - 05 49 93 57 67

- SAVI 86 Service d'Aide aux Victimes 86 : 16 rue de la Demi-lune - 86 000 Poitiers- savmj@prism86.fr

- A visée d'écoute, d'information et d'orientation :

- Mouvement Français pour le Planning Familial :

20, rue du Fief des Hausses - 86 000 Poitiers - [planning.familial-ad86@wanadoo.fr](mailto:planning.familial-ad86@wanadoo.fr)

\* Conseillère conjugale : 05 49 47 76 49 / 06 40 21 09 26

\* Permanences le lundi de 18h à 20h

- SANZA : 90 avenue Georges Pompidou - 86 000 Poitiers [ass.sanza@hotmail.fr](mailto:ass.sanza@hotmail.fr) - 05 49 54 18 80

- Le Centre Familial : 83 rue des Couronneries - 86 000 Poitiers - [centrefamilial@orange.fr](mailto:centrefamilial@orange.fr) - 05 49 47 60 61

- MJC Montmorillon : 16, rue des Récollets - BP 48- 86 501 Montmorillon Cedex

[mjc.montmorillon@wanadoo.fr](mailto:mjc.montmorillon@wanadoo.fr) / 05 49 91 04 88

**NE SURTOUT PAS ESSAYER DE RESOUDRE SEUL  
UNE SITUATION DE VIOLENCES CONJUGALES**

### LIENS UTILES

- Vidéos élaborée par le *Ministère des Droits des femmes* sur la prise en charge des violences conjugales : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/4-outils-pour-l-animation-sur-les.html>

- Fiche synthétique "Lutter contre les violences au sein du couple : le rôle des professionnels" - Ministère des Droits des femmes (2008) : [http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Violence\\_48\\_pages\\_20\\_10-2.pdf](http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Violence_48_pages_20_10-2.pdf)

- Dépliant "Violences conjugales aide à la prise en charge médicale à destination des médecins" - CHU d'Angers : [http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Plaqueette\\_CHU\\_Angers\\_1.pdf](http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Plaqueette_CHU_Angers_1.pdf)

## Annexe G: Outils de dépistage des violences conjugales validés en français (3-5,87)

### - Applicables en hospitalier et extra-hospitalier : WAST (3-5)

Version anglaise: le "WAST-ang"	Version franco-canadienne: le "WAST-fr/can"
1. In general, how would you describe your relationship ? <input type="checkbox"/> a lot of tension +1 <input type="checkbox"/> some tension +2 <input type="checkbox"/> no tension +3	1. En général, comment décririez-vous votre relation de couple ? <input type="checkbox"/> très tendue <input type="checkbox"/> quelque peu tendue <input type="checkbox"/> aucune tension
2. Do you and your partner work out arguments with: <input type="checkbox"/> great difficulty +1 <input type="checkbox"/> some difficulty +2 <input type="checkbox"/> no difficulty +3	2. Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec... <input type="checkbox"/> beaucoup de difficulté <input type="checkbox"/> une certaine difficulté <input type="checkbox"/> aucune difficulté
3. Do arguments ever result in you feeling down or bad about yourself ? <input type="checkbox"/> often +1 <input type="checkbox"/> sometimes +2 <input type="checkbox"/> never +3	3. Vos disputes vous font-elles parfois vous déprimer ou vous bouleversent-elles ? <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> quelquefois <input type="checkbox"/> jamais
4. Do arguments ever result in hitting, kicking or pushing ? <input type="checkbox"/> often +1 <input type="checkbox"/> sometimes +2 <input type="checkbox"/> never +3	4. Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou de la bousculade ? <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> quelquefois <input type="checkbox"/> jamais
5. Do you ever feel frightened by what your partner says or Does ? <input type="checkbox"/> often +1 <input type="checkbox"/> sometimes +2 <input type="checkbox"/> never +3	5. Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ? <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> quelquefois <input type="checkbox"/> jamais
6. Has your partner ever abused you physically ? <input type="checkbox"/> often +1 <input type="checkbox"/> sometimes +2 <input type="checkbox"/> never +3	6. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ? <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> quelquefois <input type="checkbox"/> jamais
7. Has your partner ever abused you emotionally ? <input type="checkbox"/> often +1 <input type="checkbox"/> sometimes +2 <input type="checkbox"/> never +3	7. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous émotionnellement ? <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> quelquefois <input type="checkbox"/> jamais
8. Has your partner ever abused you sexually ? <input type="checkbox"/> often +1 <input type="checkbox"/> sometimes +2 <input type="checkbox"/> never +3	

**SCORE TOTAL = .. / 21**

Risque d'exposition à une situation de violence conjugale :

> 17 : faible

15- 17 : modéré

<15 : élevé

## Version abrégée: le "WAST-short"

**Version anglaise**  
(se : 100 %, spe: 91,7 %)

1. In general, how would you describe your relationship ?

- a lot of tension +1  
 some tension  
 no tension

2. Do you and your partner work out arguments with:

- great difficulty +1  
 some difficulty  
 no difficulty

**Version franco-canadienne**  
(se : 100 %, spe: 78,7 %)

1. En général, comment décririez-vous votre relation de couple ?

- très tendue +1  
 quelque peu tendue  
 aucune tension

2. Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...

- beaucoup de difficulté +1  
 une certaine difficulté  
 aucune difficulté

Si positif  
(score >=1)

Poser les autres questions du WAST

- Applicables en milieu hospitalier :

## The Partner Violence Screen (PVS)

1. Au cours de la dernière année, avez-vous été victime de coups, de coups de pied, de coup de poing ou de quelque acte violent que ce soit ? Dans l'affirmative, qui en était à l'origine ?  
*+1 si partenaire ou ex-partenaire*
  2. Vous sentez-vous en insécurité au sein de votre relation actuelle ? *+1 si oui*
  3. Vous sentez-vous menacée par un de vos ex-partenaires ? *+1 si oui*
- Positif si score  $\geq 1$**

## The Women's experience with battering scale (WEBS)

1. Mon partenaire me donne un sentiment d'insécurité dans ma propre maison
2. J'ai honte des choses qu'il me fait.
3. J'essaye de ne pas faire de vagues parce que j'ai peur des choses qu'il pourrait faire
4. Je me sens comme programmée pour réagir d'une certaine façon avec lui
5. Je me sens prisonnière de lui
6. Il me donne le sentiment que je n'ai aucun contrôle sur ma vie, aucun pouvoir, aucune protection
7. Je cache la vérité aux autres car j'ai peur.
8. Je me sens possédée et contrôlée par lui
9. Il peut me terrifier sans porter la main sur moi.
10. Il a un regard qui me transperce et me terrifie

*Cotation : 1= pas du tout d'accord  
2= un peu en désaccord  
3= peu d'accord  
4= un peu d'accord  
5= parfois d'accord  
6= tout à fait d'accord*

**Positif si score  $>20$**

- Spécifiques aux femmes enceintes :

**The Abuse assessment screen (AAS)**

1. Avez-vous déjà été abusée moralement ou physiquement par votre partenaire ou par un proche ?
2. Dans le passé, avez-vous déjà été frappée, reçu des coups de poings ou de pieds, ou blessée physiquement autrement par quelqu'un ?
3. Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous déjà été frappée, reçu des coups de poings ou de pieds, ou blessée physiquement d'une autre manière par quelqu'un ?
4. Dans l'année qui vient de s'écouler, quelqu'un vous a-t-il déjà forcée à avoir des relations sexuelles ?
5. Avez-vous déjà eu peur de votre conjoint ou d'une des personnes citées plus haut (proche, ex-partenaire, etc...) ?

*Positif si  $\geq 1$  réponse affirmative*

**Annexe H : "Récapitulatif du déroulement de l'étude"**

1

**RAPPELS**

Inclusion de **10 patientes** au minimum, remplissant les critères d'inclusion, et **Les inclure de manière consécutive** (pour éviter un biais de sélection)  
Vous choisissez la période où vous voulez inclure vos patientes  
Les questionnaires seront récupérés **fin mai 2016**

**Critères d'inclusion:**

- femme
- $\geq 18$  ans
- maîtrisant bien la langue française
- en couple depuis  $\geq 1$  mois
- venue seule à la consultation
- être connue de la structure de soins

**Critères de non inclusion:**

- troubles cognitifs
- troubles psychotiques
- troubles visuels ou auditifs sévères non appareillés

2

**LORS DE LA CONSULTATION AVEC LA PATIENTE**

**- Proposer à la patiente de participer à l'étude:**

*"La violence conjugale est un problème de santé publique qui touche 1 femme sur 10 en France. Tout le monde peut en être victime un jour, quelque soit son milieu social. Je suis moi-même capable de venir en aide aux personnes qui en sont victime. Je participe à un travail de recherche sur ce sujet. Accepteriez vous de répondre à un questionnaire ?"*

**- Noter le nombre de patientes ayant refusé de participer**

**- Recueillir le consentement éclairé :** le notifier dans le dossier médical de la patiente

**- Rappeler le secret médical et l'anonymat des réponses**

**- Poser à la patiente les 7 questions du WAST** et cocher la réponse donnée par la patiente- conservez ce questionnaire

**- Calculer le score du WAST** (les points sont indiqués entre parenthèses à côtés de chaque réponse)

- $> 17$  : risque faible de violences conjugales
- 15- 17 : risque modéré
- $< 15$  : risque élevé

**En cas de dépistage positif (score  $\leq 17$ ),** vous pouvez vous aider de la brochure "*Prise en charge des violences conjugales en médecine ambulatoire*"

**Noter le nombre de dépistages positifs**

3

**Remettre le "questionnaire patiente" à la fin de la consultation** en lui rappelant que ses réponses resteront anonymes et que vous n'y aurez pas accès

La patiente le remplira seule à l'endroit de son choix (par exemple chez elle, dans la salle d'attente...).

Elle remettra le questionnaire assez rapidement

- dans la boîte aux lettres du cabinet médical
- OU directement au secrétariat de votre structure de soins

4

Une fois que les questionnaires sont recueillis, vous pouvez me contacter pour que je vienne récupérer les "questionnaires WAST" et les "questionnaires patientes" .

5

Je vous enverrai par mail un seul et unique questionnaire concernant votre opinion sur le dépistage des violences conjugales

## Annexe I : "Questionnaire patientes"

### "Questionnaire patiente"

= à remettre à la patiente en fin de consultation

*La patiente le remplira seule et le remettra au cabinet (boîte aux lettres ou secrétariat)*

Madame,

*Je suis interne en médecine générale et réalise ma thèse sur les violences conjugales. Ce questionnaire concerne votre opinion sur le dépistage des violences conjugales par un professionnel de santé. Toutes vos réponses resteront totalement anonymes. Lorsque vous aurez fini de remplir ce questionnaire, vous pourrez le déposer soit dans la boîte aux lettres du cabinet médical, soit directement au secrétariat de votre médecin ou sage-femme.*

1- Quel âge avez-vous ? .....

2- Dans quelle commune habitez-vous ?.....

3- Quelle est votre situation maritale ? (*plusieurs cases peuvent être cochées*)

- Mariée
- Pacsée
- En concubinage (c'est-à-dire vivre avec son/sa conjoint(e) dans le même lieu d'habitation)
- Vivant seule mais ayant un(e) conjoint(e)
- Divorcée
- Célibataire depuis moins d'1 an
- Célibataire depuis 1 an ou plus
- Autre : .....

4- Si vous avez un(e) conjoint(e), depuis combien de temps êtes-vous ensemble ?

- moins d'1 an
  - de 1 à 4 ans
  - de 5 à 9 ans
  - plus de 10 ans
- Il s'agit :  d'un homme  
 d'une femme

5- Combien d'enfants avez-vous ? ...

6- Travaillez-vous ?  Oui  Non

Si oui, quelle est votre profession ?

- Agriculteur/ Exploitant
- Artisan/ Commerçant/ Chef d'entreprise
- Profession intermédiaire : profession libérale, cadre de la fonction publique ou d'entreprise, profession intellectuelle et/ou artistique...
- Employé
- Ouvrier
- Autre(s) : .....

Si non, vous êtes :

- Retraitée
- Femme au foyer
- En recherche d'emploi
- Autre(s) : .....

Niveau I de la nomenclature des Professions et Catégories Socio-Professionnelles (PCS) 2003- Inserm

7- Votre conjoint(e) travaille-t-il (elle) ?  Oui  Non

Si oui, quelle est sa profession ?

- Agriculteur/ Exploitant
- Artisan/ Commerçant/ Chef d'entreprise
- Profession intermédiaire : profession libérale, cadre de la fonction publique ou d'entreprise, profession intellectuelle et/ou artistique...
- Employé
- Ouvrier
- Autre(s) : .....

Si non, il/elle est :

- Retraité(e)
- En recherche d'emploi
- Autre(s) : .....

Niveau I de la nomenclature des Professions et Catégories Socio-Professionnelles (PCS) 2003- Inserm

8- Avez-vous un diplôme ?  Oui  Non

Si oui, quel(s) diplôme(s) avez-vous ? (plusieurs cases peuvent être cochées)

- Brevet (niveau collège)
- Baccalauréat professionnel
- Baccalauréat général
- Diplôme universitaire :  BAC +1  BAC+ 2  BAC+3  BAC+4  BAC> ou =5
- Autre(s) : .....

9- Consommez-vous de l'alcool ?

- Jamais  1 à 2 verres par semaine  3 à 4 verres par semaine
- 1 verre par jour  au moins 2 verres par jour

Et votre conjoint(e) ?

- Jamais  1 à 2 verres par semaine  3 à 4 verres par semaine
- 1 verre par jour  au moins 2 verres par jour

10- Consommez-vous de la drogue ?  Oui  Non

Si oui, quel(s) type(s) de drogue : (plusieurs cases peuvent être cochées)

- Cannabis
- Cocaïne
- Héroïne
- Autres : .....

Drogues de synthèse (ecstasy, LSD, méthamphétamine...)

Et votre conjoint(e) ?  Oui  Non

Si oui, quel(s) type(s) de drogue : (plusieurs cases peuvent être cochées)

- Cannabis
- Cocaïne
- Héroïne
- Autres : .....

Drogues de synthèse (ecstasy, LSD, méthamphétamine...)

11- Est-ce que les 7 questions que vous a posé votre médecin ou votre sage-femme sur votre relation de couple étaient claires ?  Oui  Non

Si non, quelle(s) question(s) n'étaient pas claires ? (*plusieurs cases peuvent être cochées*)

- Question 1 :  
De manière générale, comment décririez-vous votre relation de couple ?
- Question 2 :  
Quand il y a une dispute dans votre couple, vous solutionnez le conflit avec difficulté ?
- Question 3 :  
Est-ce que parfois après vos disputes vous vous sentez dévalorisée ou bouleversée ?
- Question 4 :  
Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou une bousculade ?
- Question 5 :  
Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ?
- Question 6 :  
Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ?
- Question 7 :  
Votre partenaire vous a-t-il déjà poussé à bout psychologiquement ?

12- Etiez-vous à l'aise lorsque le médecin ou la sage-femme vous a posé ces 7 questions ?

- Pas du tout à l'aise  Pas très à l'aise  A l'aise  Très à l'aise

Si vous ne vous êtes pas sentie à l'aise, quelle(s) question(s) vous a (ont) gênée ?

- |                          |            |                          |            |
|--------------------------|------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Question 1 | <input type="checkbox"/> | Question 5 |
| <input type="checkbox"/> | Question 2 | <input type="checkbox"/> | Question 6 |
| <input type="checkbox"/> | Question 3 | <input type="checkbox"/> | Question 7 |
| <input type="checkbox"/> | Question 4 | <input type="checkbox"/> | Aucune     |

Si vous ne vous êtes pas sentie à l'aise, pour quelle(s) raison(s) ?

Merci d'indiquer le numéro de la question à côté (*plusieurs cases peuvent être cochées*)

- Les questions étaient trop indiscrètes --> QUESTION(S) N° .....
- Le fait que les questions soient posées  
par un médecin ou par une sage-femme --> QUESTION(S) N° .....
- Le fait que les questions n'aient rien à voir avec  
la raison pour laquelle je consultais le médecin ou la sage-femme
- Les questions sont mal formulées --> QUESTION(S) N° .....
- Autre(s) : .....

13- Etes-vous favorable à l'utilisation de ce questionnaire à 7 questions pour dépister les femmes victimes de violences conjugales ?  Oui  Non

Si oui, vous pensez que ce questionnaire à 7 questions doit être utilisé :  
(*plusieurs cases peuvent être cochées*)

- Par votre médecin traitant
- Par votre sage-femme ou gynécologue
- En Centre de Planification (= planing familial)
- En PMI (= Protection Maternelle Infantile)
- A l'hôpital

Vous préféreriez répondre à ce questionnaire à 7 questions :

- Seule (par exemple en salle d'attente avant la consultation)
- Avec un professionnel de santé (sage-femme ou médecin)

14- Avez-vous déjà été victime de violences conjugales (y compris psychologiques ou verbales) au cours de votre vie ?  
 Oui  Non

Si oui, il s'agissait de violences : (plusieurs cases peuvent être cochées)

- Physiques exemple : recevoir des coups, se faire tirer les cheveux, se faire bousculer...
- Verbales exemple : être menacée ou insultée
- Sexuelles
- Economiques (être privée d'argent par son conjoint)
- Psychologiques exemple : chantage, humiliations, dévalorisation.....
- Autres : .....

15- Si un jour votre conjoint devenait violent avec vous, à qui demanderiez-vous de l'aide en premier ? (plusieurs cases peuvent être cochées)

- Votre famille
- Vos amis
- Vos voisins
- La police ou la gendarmerie
- Une sage-femme
- Un médecin
- Un représentant religieux
- Une association
- Autre(s) : .....
- A personne

Le questionnaire est fini. Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre étude.  
Vous pouvez déposer le questionnaire soit directement au secrétariat du médecin ou de la sage-femme qui vous a remis le questionnaire, soit dans la boîte aux lettres de la structure de soins.  
Nous tenons à vous garantir une nouvelle fois que ces données resteront confidentielles et ne seront communiquées ni à votre médecin traitant, ni à votre sage-femme, ni à une quelconque personne.  
Si vous souhaitez recevoir les résultats finaux de notre étude sur les violences conjugales, veuillez nous indiquer votre boîte mail : .....

## Annexe J : "Questionnaire professionnels de santé"

1- Nom/ Prénom : .....  
Sexe : .....

2- Âge : ..... ans

3- En quelle année avez-vous débuté votre activité de médecin ou de sage-femme ? .....  
(année du début de vos remplacements ou de votre installation si vous vous êtes d'emblée installé(e))  
Vous êtes : (plusieurs cases peuvent être cochées)

- Médecin généraliste
- Professionnel de santé travaillant en PMI :
  - Gynéco-obstétricien
  - Pédiatre
  - Médecin généraliste
  - Sage-femme
- Sage-femme
- Autre : .....

4- Quel est votre lieu d'exercice (nom de la commune) ? .....

5- Avez-vous déjà bénéficié d'une formation concernant les violences conjugales ?  Oui  Non

6- Avant cette étude, pratiquiez-vous régulièrement un dépistage des violences conjugales ?  Oui  Non

Si oui, il s'agissait d'un dépistage :

- Systématique (c'est-à-dire de toutes les patientes)
- Ciblé (c'est-à-dire de certaines patientes présentant des facteurs de risque de violences conjugales)

Si oui, vous utilisiez : (plusieurs cases peuvent être cochées)

- Des questions ouvertes
- Un questionnaire de dépistage
- Des questions fermées
- Autre(s) : .....

Si non, pour quelle(s) raison(s) ne le faisiez-vous pas ? (*plusieurs cases peuvent être cochées*)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Un manque de temps  | <input type="checkbox"/> Un manque de formation médicale sur ce sujet |
| <input type="checkbox"/> Ma patientèle n'est pas ou très peu concernée par ce problème | <input type="checkbox"/> Un manque de travail en réseau               |
| <input type="checkbox"/> Un sentiment d'impuissance                                    | <input type="checkbox"/> La peur de poursuites judiciaires            |
| <input type="checkbox"/> La peur d'être intrusif                                       | <input type="checkbox"/> L'absence de test de dépistage à disposition |
| <input type="checkbox"/> Je ne suis pas à l'aise avec ce sujet                         | <input type="checkbox"/> Ce n'est pas de mon ressort                  |
|  | <input type="checkbox"/> Autre(s) : .....                             |

**7- Avant de participer à cette étude, saviez-vous comment prendre en charge une personne victime de violences conjugales?**

**Avant de participer à cette étude, que faisiez-vous lorsque vous vous retrouviez confronté à un cas de violences conjugales?** (*plusieurs cases peuvent être cochées*)

- Vous remettiez des brochures aux patientes
- Vous leur remettiez le numéro d'appel 3919
- Vous les orientiez vers une association
- Vous les orientiez vers une assistante sociale
- Vous les orientiez vers la police ou la gendarmerie
- Vous gériez la situation seul
- Vous hospitalisiez la patiente
- Vous lui prescriviez des médicaments
- Autre(s):

**8- Combien de cas de violences conjugales avez-vous dépisté en 2015 ? ....**

**Il s'agissait de patientes consultant :** (*plusieurs cases peuvent être cochées*)

- Spontanément pour parler de violences conjugales
- Pour un certificat médical de coups et blessures
- Pour des plaintes somatiques multiples ou psycho-somatiques
- Pour une décompensation de pathologie chronique
- Pour un problème psychologique ou psychiatrique (anxiété, dépression, troubles délirants.....)
- Dans le cadre d'une consultation d'addictologie
- Pour une tierce personne (enfants, parents...)
- Dans le cadre d'un suivi de grossesse
- Pour une demande d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse)
- Autres :

**9- A combien de personnes avez-vous remis le questionnaire WAST ? ...**

- Combien de personnes ont refusé de participer ? ...

- Combien de cas de violences conjugales avez-vous dépisté grâce au questionnaire WAST ? ....

- Parmi les personnes ayant eu un dépistage positif, combien étaient enceintes ?...

**10- Comment vous êtes vous senti en posant les questions du WAST aux patientes ?**

- Pas du tout à l'aise    Quelque peu à l'aise    A l'aise    Très à l'aise

**11- Les questions du WAST sont claires :**

- Tout à fait d'accord    Plutôt d'accord    Sans opinion    Plutôt pas d'accord    Pas du tout d'accord

**12- Le questionnaire WAST m'a aidé à identifier des femmes victimes de violences conjugales :**

- Tout à fait d'accord    Plutôt d'accord    Sans opinion    Plutôt pas d'accord    Pas du tout d'accord

**13- Je me sens davantage capable d'identifier des femmes victimes de violences conjugales grâce au WAST:**

- Tout à fait d'accord    Plutôt d'accord    Sans opinion    Plutôt pas d'accord    Pas du tout d'accord

**14- Je vais continuer à utiliser le questionnaire WAST par la suite :**

Tout à fait d'accord  Plutôt d'accord  Sans opinion  Plutôt pas d'accord  Pas du tout d'accord

Si oui, vous l'utiliserez pour un dépistage :  systématique  
 ciblé

Si non, pour quelle(s) raison(s) ne souhaitez-vous pas l'utiliser ? (*plusieurs cases peuvent être cochées*)

- Je n'ai pas le temps :  
 de poser les questions  
 de prendre en charge les personnes dépistées
- Ma patientèle :  
 n'est pas ou très peu concernée par la violence conjugale  
 pourrait trouver le questionnaire trop intrusif
- Le questionnaire WAST :  
 est mal compris par les patientes  
 ne dépiste pas assez de victimes  
 dépiste trop de personnes à tort
- Je n'ai pas l'habitude d'utiliser des questionnaires en consultation
- Le sujet des violences conjugales :  
 Je ne suis pas à l'aise avec ce sujet  
 Je ne sais pas comment prendre en charge les personnes dépistées  
 J'ai l'impression de me retrouver seul sans l'aide d'intervenants extérieurs lorsque je dépiste une patiente  
 J'ai peur des poursuites judiciaires  
 Le dépistage des violences conjugales n'est pas de mon ressort
- Autres : .....

**15- Quel(s) professionnel(s) de santé pourraient selon vous utiliser ce questionnaire ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Les sage-femmes           | <input type="checkbox"/> Les centres de planification |
| <input type="checkbox"/> Les gynéco-obstétriciens  | <input type="checkbox"/> Les praticiens hospitaliers  |
| <input type="checkbox"/> Les médecins généralistes | <input type="checkbox"/> Autre(s) :                   |
| <input type="checkbox"/> Les centres de PMI        |   |

*Nous vous remercions encore d'avoir accepté de participer à notre étude. Nous vous enverrons les résultats définitifs une fois l'étude finie.  
Bien confraternellement.*

**Annexe K : Pré test du WAST-fr**

A- Pour chaque proposition, veuillez indiquer si les propositions sont équivalentes et celle que vous préférez.

**1- Première question : 5 propositions**

- a- En général, comment décririez-vous votre relation de couple ?  
 très tendue  quelque peu tendue  aucune tension
- b- De manière générale, comment décririez-vous votre relation de couple ?  
 très tendue  un peu tendue  non tendue
- c- En général, comment décririez-vous votre relation de couple ?  
 très tendue  un peu tendue  non tendue
- d- De manière générale, comment décririez-vous votre relation de couple ?  
 avec beaucoup de tension  avec quelques tensions  sans tension
- e- En général, comment décririez-vous votre relation de couple ?  
 avec beaucoup de tension  avec quelques tensions  sans tension

**2- Deuxième question : 6 propositions**

- a- Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...  
 beaucoup de difficultés  une certaine difficulté  aucune difficulté
- b- Quand il y a une dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...  
 beaucoup de difficultés  une certaine difficulté  aucune difficulté
- c- Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...  
 beaucoup de difficultés  quelques difficultés  aucune difficulté
- d- Quand il y a une dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...  
 beaucoup de difficultés  quelques difficultés  aucune difficulté
- e- Quand il y a dispute dans votre couple, vous solutionnez le conflit avec...  
 beaucoup de difficultés  quelques difficultés  aucune difficulté
- f- Quand il y a une dispute dans votre couple, vous solutionnez le conflit avec...  
 beaucoup de difficultés  quelques difficultés  aucune difficulté

**3- Troisième question : 4 propositions**

- a- Vos disputes vous font-elles parfois vous déprécier ou vous bouleversent-elles ?  
 souvent  quelquefois  jamais
- b- Vos disputes vous font-elles parfois vous dévaloriser ou vous bouleversent-elles ?  
 souvent  quelquefois  jamais
- c- Est-ce que vos disputes provoquent parfois chez vous un sentiment de dévalorisation ou vous bouleversent-elles ?  
 souvent  quelquefois  jamais
- d- Est-ce que parfois, après vos disputes, vous vous sentez dévalorisée ou bouleversée ?  
 souvent  quelquefois  jamais

**4- Quatrième question : 4 propositions**

- a- Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou de la bousculade ?  
 souvent  quelquefois  jamais
- b- Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou une bousculade ?  
 souvent  quelquefois  jamais
- c- Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou un bousculement ?  
 souvent  quelquefois  jamais
- d- Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou un accrochage ?  
 souvent  quelquefois  jamais

**5- Septième question: 5 propositions**

- a- Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous émotivement ?  
 souvent  quelquefois  jamais
- b- Votre partenaire vous a-t-il déjà fait craquer moralement ?  
 souvent  quelquefois  jamais
- c- Votre partenaire vous a-t-il déjà fait poussé à bout de nerfs ?  
 souvent  quelquefois  jamais
- d- Votre partenaire vous a-t-il déjà fait poussé à bout psychologiquement ?  
 souvent  quelquefois  jamais
- e- Votre partenaire vous a-t-il déjà fait subir du harcèlement moral ?

souvent quelquefois jamais

f- Votre partenaire vous a-t-il déjà poussé à bout émotionnellement ?

souvent quelquefois jamais

B- Pour les deux dernières questions, indiquez si vous les trouvez claires. Sinon, quelle modification apporteriez vous ?

#### **6- Cinquième question**

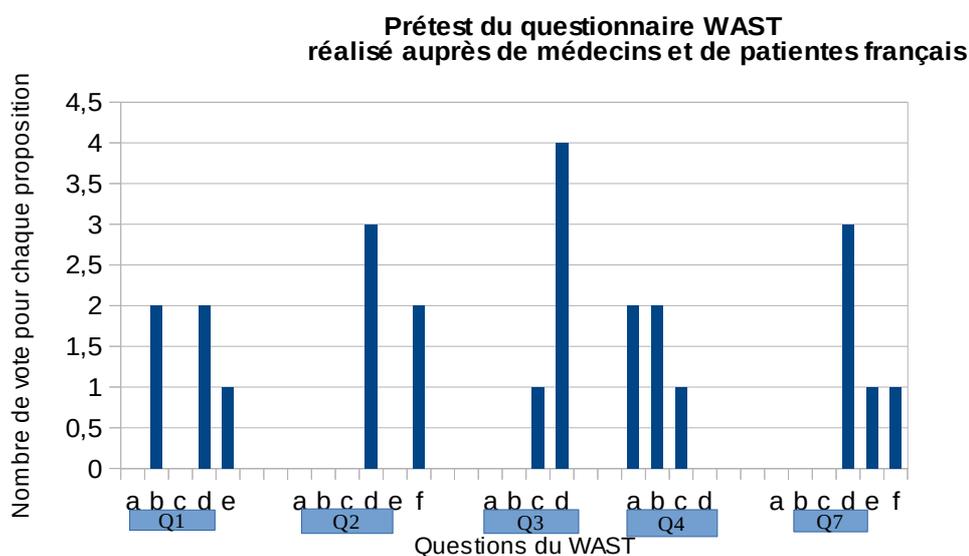
Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ? souvent quelquefois jamais

#### **7- Sixième question :**

Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ? souvent quelquefois jamais

#### **Résultats du pré test :**

Les questions 5 et 6 ont semblé claires à 100 % des personnes interrogées. Les propositions préférées pour les autres questions sont représentées dans le graphique suivant :



### **Annexe L : Questionnaire RICPPS de C. Coy (64)**

#### **Questionnaire RICPPS**

1. Est-ce qu'il lui arrive de vous rabaisser ou insulter ? Oui/ Non
2. Est-ce qu'il essaie de contrôler ce que vous faites ? Oui/ Non
3. Vous arrive-t-il d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait ? Oui/ Non
4. Vous a-t-il menacé physiquement ou tapé ? Oui/ Non
5. Vous a-t-il obligé à avoir une relation sexuelle alors que vous ne vouliez pas ? Oui/ Non

**Positif si -  $\geq 2$  questions négatives dans les 3 premières questions ou positives dans les 2 dernières questions**

**OU**

**-  $\geq 1$  question positive dans les 2 dernières questions associée ou non à une ou plusieurs réponses positives dans les 3 premières questions**

**Dans ce cas, poser les questions suivantes :**

1. Est-ce que vos amis ou votre famille sont au courant de ce qu'il vous arrive ?
2. Pouvez-vous compter sur leur appui et leur aide ?
3. Etes-vous en danger actuellement et aimeriez-vous être accueillie ou parler avec quelqu'un ?
4. Avez-vous un lieu où, vous et vos enfants, pourriez vous réfugier en cas d'urgence ?

## **IX- RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS**

### **Résumé**

#### **Introduction :**

Les violences conjugales sont un problème de santé publique universel, responsables du décès d'une femme tous les 2,7 jours en France. A l'heure actuelle, il n'existe aucun test de dépistage fiable en France, alors que de nombreux ont été développés au Canada. L'un d'eux, le WAST, est le seul à la fois validé en langue française et utilisable en milieu ambulatoire. Sa version anglaise, le WAST-ang, a déjà été testée en condition réelle par des médecins généralistes dans une étude canadienne. Nous avons souhaité faire la même chose avec sa version française. Les objectifs de notre étude ont été de comparer le niveau d'aise des patientes et des professionnels de santé français à celui déjà observé avec le WAST-ang, de proposer une version applicable en France (le "WAST-fr" ), d'évaluer son efficacité et son champ d'application, d'étudier les caractéristiques des femmes dépistées et de dresser un état des lieux des violences conjugales dans la Vienne.

#### **Matériel et Méthode :**

Cette étude descriptive a été réalisée dans la Vienne auprès de 22 médecins généralistes, 10 sages-femmes et 5 soignants de PMI sélectionnés sur la base du volontariat. Le WAST a été modifié et soumis à un pré test afin d'obtenir une version plus adaptée à la population française : le WAST-fr. Notre méthodologie s'est inspirée de l'étude d'applicabilité du WAST-ang au Canada. Chaque soignant devait administrer le WAST-fr lors d'entretiens directs à 10 patientes consécutives. A la fin de l'étude, patientes et professionnels de santé devaient compléter un questionnaire concernant leur opinion sur l'utilisation du WAST-fr.

#### **Résultats :**

Le WAST-fr a été bien accueilli par les patientes françaises : 92,7 % se sont senties à l'aise en le complétant (contre 91 % dans l'étude canadienne), 95,8 % l'ont jugé clair et 93,8 % recommandaient la poursuite de son utilisation. Elles préféreraient qu'il soit administré par les médecins généralistes et le remplir seules ; cependant, l'auto-administration de ce type de questionnaire est moins efficace que l'hétéro-administration. Par rapport à leurs confrères canadiens, les soignants se sont révélés significativement moins à l'aise (91,3 % contre 100%) et moins nombreux à souhaiter poursuivre l'utilisation du WAST-fr (60,9% contre 75 %). Il semble que l'adhésion des professionnels de santé serait meilleure dans des structures salariées type PMI ou centre de planification et dans le cadre d'un dépistage ciblé.

#### **Conclusion :**

Le WAST est à l'heure actuelle le seul outil de dépistage des violences conjugales validé en langue française et utilisable en milieu ambulatoire. Nous avons réussi à proposer une version applicable en France qui a été bien reçue à la fois par les patientes et par les professionnels de santé.

### **Mots-clés**

- violences conjugales
- violences au sein du couple
- violences domestiques
- violences faites aux femmes
- violences à l'égard des femmes
- WAST
- dépistage
- repérage
- prise en charge
- questionnaire

## X- SERMENT D'HIPPOCRATE



UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



---

### SERMENT

X+X+X

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

X+X+X