

Faculté de Médecine

Année 2023

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 10 novembre 2023

Par Sophie AL MARHZA

**Dépistage systématique des violences conjugales en médecine
générale en 2023 :
Etude comparative avant / après l'utilisation du questionnaire
WAST**

Thèse dirigée par Karen RUDELLE

Examineurs :

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Monsieur le Professeur François PARAF

Madame le Docteur Nadège LAUCHET (MCA)

Madame le Docteur Karen RUDELLE (MCU)

Madame le Docteur Nedjma BOUKEFFA (PH)

Monsieur le Docteur Vincent MOURET (PH)

Présidente

Juge

Juge

Juge et directrice de thèse

Membre invité

Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2023

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 10 novembre 2023

Par Sophie AL MARHZA

**Dépistage systématique des violences conjugales en médecine
générale en 2023 :
Etude comparative avant / après l'utilisation du questionnaire
WAST**

Thèse dirigée par Karen RUDELLE

Examineurs :

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Monsieur le Professeur François PARAF

Madame le Docteur Nadège LAUCHET (MCA)

Madame le Docteur Karen RUDELLE (MCU)

Madame le Docteur Nedjma BOUKEFFA (PH)

Monsieur le Docteur Vincent MOURET (PH)

Présidente

Juge

Juge

Juge et directrice de thèse

Membre invité

Membre invité



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

KARAM Henri-Hani MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

COUVE-DEACON Elodie BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

ESCLAIRE Françoise BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

PASCAL Virginie IMMUNOLOGIE

RIZZO David HEMATOLOGIE

SALLE Henri NEUROCHIRURGIE

SALLE Laurence ENDOCRINOLOGIE

TERRO Faraj BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

YERA Hélène PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE (mission
temporaire)

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie ANGLAIS

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale SCIENCES INFIRMIERES

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BUREAU-YNIESTA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

DARDE Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

DESSPORT Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MERLE Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2019 au 31-08-2023

VIROT Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
HERAULT Kévin
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

Remerciements

Aux membres du jury,

Professeur Nathalie Dumoitier, je tiens à vous remercier de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

Professeur François Paraf, je vous exprime ma gratitude pour la qualité de vos enseignements en médecine légale et pour l'honneur que vous me faites en évaluant ce travail.

Docteur Nadège Lauchet, je vous remercie sincèrement de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas en cabinet et de consacrer du temps à l'évaluation de ce travail.

Docteur Karen Rudelle, en tant que directrice de ce travail, je tiens à vous exprimer ma reconnaissance pour votre expertise, vos conseils et les nombreuses corrections essentielles à la réussite de cette thèse.

Docteur Vincent Mouret, je vous adresse mes remerciements pour l'intérêt porté à cette thèse et pour votre présence aujourd'hui.

Docteur Nedjma Boukeffa, en souvenir de nos gardes animées dans une autre vie, je te remercie pour ta présence aujourd'hui et l'attention portée à ce travail.

A tous les médecins qui ont jalonné mon parcours,

Professeur Caire, votre rigueur et votre sens de l'humain forcent l'admiration. Je vous remercie de m'avoir aidée à grandir dans mon rôle de médecin.

Docteur Delphine Thomas, pour ton aide au combien précieuse dans le recrutement des médecins au cours de ce travail. Un grand merci pour tout ce que tu m'as appris au cours de ce stage, tu es exemplaire, que ce soit sur le plan médical ou sur le plan humain.

Docteurs Bouyoux, Collet, Dubray, Metge, et Naudin, je remercie chacun de vous pour votre accompagnement, votre bienveillance, votre confiance et tout ce que j'ai pu apprendre auprès de vous.

Docteur Jacob, vous m'avez accueillie juste avant mon choix de spécialité et avez joué un rôle majeur dans mon orientation. Je vous remercie infiniment pour votre confiance.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à cette recherche,

Recevez toute ma reconnaissance pour l'accueil que vous m'avez réservé et le temps investi dans cette étude.

Aux Docteurs Claude Rosenthal et Pierre Goudeaux,

Pour votre investissement dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Je remercie chacun de vous deux pour l'accueil que vous avez réservé à ce projet ainsi que pour votre aide, notamment dans le recrutement.

Aux nombreux relecteurs de ce travail,

Merci pour le temps et la patience accordée à différents moments de l'écriture de cette thèse. Vous avez toute la reconnaissance.

A ma famille,

Pour son soutien infaillible et inconditionnel lors de ce parcours atypique particulièrement long. Maman, Alexis et Hanna, je vous remercie de ne jamais avoir douté, de toujours m'avoir crue capable. Vous avez également su me pousser lorsque j'en avais besoin tout en me rappelant régulièrement de profiter malgré tout.

A mon grand-père qui me manque, j'espère que tu es fier.

A tous mes amis,

Ceux qui me suivent depuis le début et ceux qui sont arrivés plus récemment dans ma vie. Pour la plupart d'entre vous, cette reprise d'étude était évidence. Merci pour votre soutien et vos encouragements. Par pudeur, je ne vous cite pas mais vous vous reconnaîtrez. Je remercie bien chaleureusement chacun de vous.

A Guillaume et Léonore,

Vous illuminez ma vie.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

ARS : Agence Régional de Santé

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DITP : Direction Interministérielle de la Transformation Publique

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Faites aux Femmes

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

MCU : Maître de Conférence des Universités

NR : Non Renseigné

NSN : Nombre de Sujets Nécessaires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPNA : Réseau Périnatal de Nouvelle-Aquitaine

TGD : Téléphone Grave Danger

VPN : Valeur Prédicative Négative

VPP : Valeur Prédicative Positive

WAST : Woman Abuse Screening Tool

Table des matières

Introduction.....	20
I. Première partie.....	21
I.1. Contexte	21
I.2. Les violences	22
I.2.1. L'emprise	22
I.2.2. Le contrôle coercitif.....	23
I.2.3. Différents types de violences	24
I.2.4. Les facteurs associés au risque de violences conjugales	25
I.2.5. Cycle de la violence	26
I.2.6. Place du psycho-traumatisme dans les violences conjugales	27
I.2.7. Conséquences	28
I.2.7.1. Conséquences chez l'adulte.....	28
I.2.7.2. Conséquences chez la femme enceinte.....	29
I.3. Justification des recommandations HAS	30
I.4. Place du médecin généraliste dans le dépistage	31
I.4.1. Freins susceptibles d'influencer le comportement du médecin	31
I.4.2. Solutions retenues pour lever les freins	32
I.4.3. Relation médecin-patient	32
I.4.4. Repérage des patientes à risque de violences conjugales par les médecins généralistes.....	33
I.5. Le questionnaire WAST: Women Screening Abuse Tool	33
II. Matériel et méthode.....	36
II.1. Type d'étude	36
II.2. Schéma expérimental	36
II.3. Recrutement des médecins généralistes	37
II.4. Déroulement de l'étude.....	37
II.5. Population cible	38
II.6. Aspects éthiques	38
II.7. Aspects RGPD.....	38
II.8. Analyses statistiques	39
III. Résultats	40
III.1. Médecins généralistes	41
III.2. Objectif principal : nombre de femmes dépistées potentiellement victimes	42
III.2.1. Phase 1	44
III.2.2. Phase 2	45
III.2.3. Médecins.....	47
III.3. Caractérisation des violences.....	48
III.4. Répercussions de l'étude	49
IV. Discussion.....	52
IV.1. Validité interne.....	52
IV.1.1. Méthodologie et format de l'étude	52
IV.1.2. Recrutement des médecins participants à l'étude	53
IV.1.3. Résultats de l'étude	53
IV.1.3.1. Objectif principal.....	53

IV.1.3.2. Questionnaire WAST	54
IV.1.3.3. Objectifs secondaires.....	55
IV.1.3.3.1. Profil de femmes victimes.....	55
IV.1.3.3.2. Volonté des médecins de modifier leurs pratiques de dépistage	56
IV.2. Validité externe.....	56
IV.3. Perspectives.....	57
IV.3.1. Questionnaire WAST.....	57
IV.3.2. Profil des femmes victimes.....	58
IV.3.3. Valorisation et reconnaissance du dépistage	58
IV.3.4. Ressources.....	58
Conclusion.....	60
Références bibliographiques.....	61
Annexes	64
Serment d'Hippocrate.....	78

Table des illustrations

Figure 1 : Cycle des violences (source RPNA)	26
Figure 2 . Le repérage des violences conjugales en médecine générale : point de vue des femmes françaises	32
Figure 3. Questionnaire WAST	34
Figure 4. Déroulement de l'étude	38
Figure 5. Diagramme de flux.....	40
Figure 6. Répartition des scores WAST	45
Figure 7. Degré d'aisance des médecins concernant le dépistage des violences avant et après l'étude.....	49
Figure 8. Évolution du degré d'aisance en fonction du sexe du médecin	50

Table des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des médecins recrutés	41
Tableau 2. Comparaison du nombre de patientes potentiellement victimes.....	42
Tableau 3. Description des résultats selon la phase d'étude	43
Tableau 4. Caractéristiques des femmes identifiées victimes en fonction de la phase d'étude.....	44
Tableau 5. Caractéristiques des médecins identifiant en fonction de la phase d'étude.....	47
Tableau 6. Caractérisation des violences par le questionnaire WAST	48
Tableau 7. Répartition des violences classées par fréquence	49
Tableau 8. Degré d'aisance des médecins avant/après l'étude	50
Tableau 9. Ressenti des médecins	51

Introduction

En France, d'après l'Enquête Nationale sur les Violences Faites aux Femmes (ENVEFF), une femme sur dix déclare avoir subi des violences au cours de l'année écoulée (1).

Les violences conjugales, qu'elles soient physiques, psychologiques, émotionnelles, sexuelles, administratives ou économiques ont de lourdes répercussions sur la santé et le bien-être des victimes et de leur entourage. Cette lutte contre les violences est donc devenue un sujet de santé publique mis en avant ces dernières années.

L'accès à l'intimité que permet la relation de confiance entre médecin généraliste et patient, ainsi que sa place de « praticien de premier recours » placent le médecin dans une position privilégiée pour la détection précoce des violences et l'orientation vers une prise en charge adaptée. Cependant, ces violences demeurent fréquemment sous-détectées, minimisées voire ignorées au sein de la communauté médicale. Malgré les formations des intervenants et les nouvelles structures d'aide à la prise en charge, le nombre de victimes ne montre pas de réelle tendance à la décroissance.

La sensibilisation des femmes, de leur entourage et des professionnels ainsi que le repérage des femmes victimes pourraient permettre une prise en charge précoce et la diminution de ces violences.

C'est dans ce cadre que la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis de nouvelles recommandations en novembre 2022. Elles recommandent l'utilisation d'un dépistage systématique des violences conjugales en médecine générale.

La généralisation de cette systématisation semble se heurter à de nombreux freins : manque de temps, appréhension, manque de légitimité, manque d'informations sur les ressources vers lesquelles orienter les patientes (2).

Dans cette démarche de dépistage systématique, un questionnaire, le Woman Abuse Screening Tool (WAST) a été traduit de l'anglais puis validé en France pour la réalisation de ce dépistage.

Notre étude propose de comparer le dépistage tel qu'il est réellement effectué en médecine générale avec l'utilisation systématique du questionnaire WAST.

I. Première partie

Chaque année, 219 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire actuel ou ancien (3).

Seulement 19% de femmes victimes déclarent avoir déposé plainte à la suite de ces violences (3).

Selon les données préliminaires fournies par le ministère de l'intérieur en 2022, on déplore le décès de 118 femmes et 27 hommes à la suite d'agressions commises par leur partenaire. En 2021, 12 enfants ont également été victimes de violences conjugales (4).

Selon l'enquête nationale ENVEFF, il est estimé qu'en France, près d'une femme vivant en couple sur dix aurait déclaré avoir été confrontée, au cours des douze derniers mois, à des violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles de la part du conjoint ou ex-conjoint (1).

Nous avons décidé de centrer notre travail sur les violences faites aux femmes. Il existe des violences qui affectent également les hommes et les enfants, mais ces derniers ne font pas partie du champ d'étude de cette recherche.

I.1. Contexte

La lutte contre les violences faites aux femmes est devenue un sujet central de la politique publique au cours de la dernière décennie.

Plusieurs plans successifs ont permis des avancées significatives : la mise en place d'une ligne téléphonique dédiée (3919), l'ouverture de lieux d'écoute et de places d'hébergement pour les victimes. Et, plus récemment, on peut citer la mise en place de distribution de Téléphones Grave Danger (TGD) et de bracelets anti-rapprochement.

Des progrès ont été rendus possibles du fait de l'implication de plusieurs acteurs qui ont permis de modifier la prise en charge des victimes de violences conjugales. Les avancées se sont concrétisées par des moyens différents :

- une meilleure connaissance des violences et du phénomène d'emprise,
- une meilleure compréhension des mécanismes psycho-traumatiques et des conséquences de violences,
- un dépistage plus important.

Malgré les progrès en termes d'accompagnement, les chiffres restent relativement élevés et ne montrent pas de tendance réelle à la décroissance.

De nouvelles structures ont vu le jour et proposent des prises en charge globales. Une de ces premières structures est La Maison des Femmes de Saint-Denis qui a été créée en juillet 2016 par le Dr. Ghada Hatem. Cette structure médico-sociale, attenante à l'hôpital de Saint-Denis, regroupe des professionnels de la santé, du droit et de la justice, ainsi que des thérapeutes, des artistes et des sportifs proposant ainsi une offre variée qui permet de

prendre en charge les victimes de violences dès le début pour les accompagner dans leurs démarches jusqu'à leur « reconstruction » (5).

Dans cet élan, un collectif nommé Re#Start a vu le jour en 2021, et regroupe des structures du même type qui proposent une prise en charge médico-psycho-sociale et travaillent avec les services de police et de justice (6).

Localement en 2020, et membre de ce collectif, La Maison de Soie a vu le jour à Brive-La-Gaillarde sous la présidence du Dr. Claude Rosenthal. Elle propose 4 parcours : pour les femmes victimes de violences, pour les enfants victimes directes ou indirectes de violences, pour les hommes victimes de violences ainsi que pour les auteurs (7).

En tant qu'investigatrice principale, j'ai pu échanger avec le Dr. Claude Rosenthal au sujet de son parcours. Gynécologue-obstétricien pendant 40 ans, il avait, comme bon nombre de praticiens, assez peu conscience de ce que pouvaient être les violences ainsi que leurs répercussions. Il me raconte avoir notamment été marqué au cours de missions humanitaires par son travail avec le Dr. Denis Mukwege (prix Sakharov et prix Nobel de la paix en 2018) dans l'hôpital de Panzi en République Démocratique du Congo.

Dans son pays où le viol est utilisé comme arme de guerre, le Dr. Mukwege est gynécologue mais il est également « l'homme qui répare les femmes ». Lors d'une conférence sur la Paix à Lille en octobre 2022 à laquelle j'ai pu assister, il explique prôner une réparation holistique de ces femmes. Tout d'abord, une réparation chirurgicale, puis une réparation psychologique (liée au psycho-traumatisme dont elles sont victimes), ainsi qu'une réparation sociale et juridique. C'est à son contact, entre autres, que le Dr. Rosenthal réalise que la prise en charge médicale ou chirurgicale stricte n'est pas suffisante. Proposer une prise en charge plus globale des victimes de violences est un des éléments qui l'a amené à ouvrir La Maison de Soie à Brive.

Aujourd'hui, l'État s'est emparé de la question. De nombreuses études parlent des violences intrafamiliales et des professionnels experts dans le domaine travaillent sur des solutions et nous sensibilisent.

Il appartient désormais aux professionnels de la santé, en particulier à la nouvelle génération de médecins généralistes, de jouer leur rôle dans cette prise en charge.

I.2. Les violences

I.2.1. L'emprise

« Pourquoi ne quitte-t-elle pas son conjoint violent ? »

La réponse à cette question fréquente et déconcertante est simple : l'emprise.

D'après la définition du dictionnaire *Le Robert*, l'emprise est « la domination intellectuelle ou morale ».

Le Dr. Roger Dorey est un psychiatre du courant psychanalytique à qui nous devons la définition de l'emprise telle que nous la connaissons aujourd'hui : « La relation d'emprise obéit à des règles communicationnelles singulières qui prédisposent la personne sous emprise en paralysant ses défenses. Elle vit la relation dans une sorte d'état second, de rétrécissement de la conscience. Confuse, elle perd tout sens critique ce qui permet chez elle la coexistence paradoxale d'un non-consentement et d'une acceptation.» (8) (9)

D'un point de vue psychologique, il s'agit d'une relation de soumission dominant-dominé. Une fois le phénomène d'emprise installé, le conditionnement de l'autre est tel qu'il est incapable de décider en fonction de ses propres besoins ou de son bien-être.

Le phénomène d'emprise s'installe en 3 étapes.

La première étape est une phase de séduction. La rencontre est souvent vécue comme fusionnelle. La personne rencontrée est parfaite en tous points. Monsieur correspond aux souhaits de Madame et répond très bien à tous ses besoins. Cette étape clé peut être facilitée par un « accrochage » lié à un passif, des personnalités complémentaires et des facteurs psycho-sociaux de vulnérabilité.

La deuxième étape est celle de l'instauration de la domination par la manipulation, elle correspond également à l'installation des violences. La manipulation permet de modifier les repères de la victime de plusieurs façons : la surveillance, l'isolement, la dépendance financière, le chantage... Ces phénomènes engendrent un processus d'instrumentalisation qui a pour conséquence la perte de confiance, la déstabilisation, la confusion, l'effondrement des capacités critiques et un épuisement psychique et psychologique (10).

A la suite de cette manipulation, le psychisme de la victime est remodelé et plusieurs mécanismes d'adaptation se mettent en place :

- La dissociation psychique
- Le sentiment d'impuissance
- L'augmentation du seuil de tolérance des violences
- L'auto-culpabilisation
- La protection de l'agresseur
- L'état de stress post traumatique

Nous exposerons plus en détail ce phénomène de psycho-traumatisme induit ci-après.

Au total, d'après le Dr. Roger Dorey, la relation d'emprise est définie par : l'atteinte aux droits les plus élémentaires (dignité et intégrité psychique ou physique), le caractère unilatéral de l'entreprise de séduction exercée sur une cible et « la marque de fabrique » de « l'entrepreneur » faiseur de paradoxes (5) (8).

L'emprise est finalement une nomenclature française que nous ne retrouvons que difficilement dans les études internationales. Une autre notion encore trop peu utilisée en France est celle de « contrôle coercitif ».

I.2.2. Le contrôle coercitif

« Que fait-il pour que la victime ne parte pas ? »

Le contrôle coercitif est décrit comme « un acte délibéré ou un schéma comportemental de contrôle, de contrainte ou de menace utilisé par un individu ou une personne dans le but de la rendre dépendante, subordonnée et/ou de la priver de sa liberté d'action. Les agresseurs intimident, humilient, surveillent, manipulent, isolent afin d'exercer leur pouvoir et leur contrôle. Les tactiques, sur un laps de temps, peuvent être psychologiques, physiques, sexuelles, émotionnelles, administratives et économiques. L'auteur de contrôle coercitif isole

souvent sa victime de toute forme de soutien, exploite ses ressources, l'empêche d'accéder à de nouvelles ressources, régleme la vie quotidienne de la victime et la prive des moyens nécessaires pour accéder à l'indépendance, résister ou s'enfuir. » (12)

Il s'agit du schéma du comportement oppressif et répétitif de l'auteur envers sa victime, comme la privation de droits et de ressources (13).

L'emprise évoque donc plutôt ce que vivent les victimes, et n'est qu'une partie de ce qu'est le contrôle coercitif.

La définition du contrôle coercitif par rapport à celle de l'emprise permet de changer de prisme. Plutôt que de se demander « pourquoi une victime n'est pas partie ? », elle permet de se demander « qu'est-ce que l'agresseur a mis en place pour que la victime reste ? ». Il est plus facile de prouver des faits et de donner des témoignages pour argumenter l'exercice du contrôle coercitif que de prouver un état de victime d'emprise.

Sur le plan législatif, au Canada et en Grande-Bretagne notamment, l'exercice du contrôle coercitif constitue un délit qui n'est pas encore reconnu en France (14).

De même, la compréhension de ce concept permet de proposer des solutions aux femmes victimes de contrôle coercitif : ouverture d'un compte en banque, aides dans les démarches de recherche de logement...

I.2.3. Différents types de violences

Pour parler de violence et définir parfaitement le sujet, il paraît nécessaire de rappeler quelques définitions. Le conflit conjugal diffère de la violence conjugale par plusieurs aspects.

Le conflit est un différend entre deux partenaires qui demeurent dans un rapport d'égalité. Il s'agit d'échanges au cours desquels chacun est libre de s'exprimer, même si un contexte d'agressivité reste une éventualité. Une résolution est possible, soit par la cessation du conflit, soit par une séparation. La thérapie de couple peut être une solution.

Dans le cadre des violences conjugales, le rapport n'est plus un rapport d'égalité mais un rapport dominant-dominé. L'auteur des violences est celui qui domine la victime. La victime est alors sous emprise. Cette dernière est entretenue par les actes et paroles de l'agresseur qui maintiennent un climat de tension et de peur. Aucune résolution n'est possible en dehors de la séparation. A la différence du conflit, la thérapie de couple est formellement contre-indiquée.

Les violences peuvent être de différentes natures. La littérature et les études sociologiques en déterminent sept bien distinctes. Souvent, ce sont des violences de plusieurs sortes qui sont décrites dans le contexte conjugal.

Bien que méconnues et sous-estimées pour certaines, toutes ces violences sont punies par la loi (15).

- Les violences physiques : elles renvoient à des coups et blessures qui portent atteinte à l'intégrité physique de la personne. « Quand il/elle me reproche quelque chose, il/elle me pousse, me frappe ». Les violences physiques sont les plus connues et elles sont plus facilement détectables. Cependant, elles arrivent souvent après d'autres sortes de violences.

- Les violences sexuelles : ces violences concernent les situations de harcèlement, d'attouchement et jusqu'aux situations de viols conjugaux. « Même quand je lui dis que je n'ai pas envie, il/elle me force à avoir des rapports sexuels ».
- Les violences psychologiques : l'agresseur impose un climat d'insécurité, rabaisse sa victime, ce qui lui permet de maintenir une emprise forte. « Il/elle me dit que je suis moche, bon(ne) à rien et que je ne suis rien sans lui/elle ».
- Les violences verbales : il s'agit d'une succession d'insultes et de menaces qui permettent de maintenir un état de peur. « Il/elle m'insulte ».
- Les violences matérielles : il s'agit de la privation d'un certain nombre de choses, comme le téléphone, ou du fait de détruire les biens communs ou individuels de la victime. « Lorsqu'il/elle est en colère, il/elle jette tout par terre, casse des assiettes, déchire mes vêtements ».
- Les violences administratives : souvent sous-estimées, ces violences sont un frein au départ et au regain d'autonomie des femmes victimes de violences. Cela concerne notamment la confiscation de papiers d'identité etc. « Il/elle détient mon passeport, ma carte d'identité et refuse de me les rendre ».
- Les violences économiques : comme les violences administratives, elles permettent de maintenir l'emprise. « Il/elle m'interdit de travailler, je n'ai pas accès à mes comptes bancaires ».

Les infractions commises par le conjoint, le concubin, partenaire ou ex-partenaire, avec ou sans cohabitation sont des circonstances aggravantes ; de même que les violences conjugales commises devant un mineur (article 132-80 du CP ; article 13 loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes) (16).

I.2.4. Les facteurs associés au risque de violences conjugales

De très nombreux facteurs précipitants peuvent être cités. Nous retiendrons les principaux. Malgré ceux-ci, il faut également être parfaitement convaincu qu'il n'y a pas de profil type de couple dysfonctionnel de ce point de vue, comme il n'y a pas de profil type de victime ou d'agresseur.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a classé ces facteurs précipitants en trois catégories : (17)

- les facteurs associés à la probabilité qu'une femme soit victime : jeune âge, faible niveau d'instruction, témoin de violences conjugales dans l'enfance, maltraitance pendant l'enfance, acceptation de la violence, grossesse et période périnatale, handicaps, maladies de longue durée, troubles de la santé mentale, dépendance financière, conduite addictive... ;
- les facteurs associés à la probabilité qu'un homme soit violent : jeune âge, faible niveau d'instruction, exposition à la violence pendant l'enfance, abus de substances, troubles de la personnalité, banalisation de la violence ;
- les facteurs relationnels ou conjoncturels : insatisfaction dans le couple, séparation conflictuelle, domination masculine dans la famille, stress économique, précarité, vulnérabilité liée à une dépendance sociale, économique ou administrative, familles

recomposées, écart dans le niveau d'instruction (notamment lorsque la femme a un niveau plus élevé), différence d'âge importante, déracinement géographique avec isolement social.

A noter que 30% des violences conjugales débutent pendant la grossesse (18).

I.2.5. Cycle de la violence

Le cycle de la violence est un enchaînement de quatre phases bien connues qui se succèdent à un rythme variable (de quelques minutes à quelques mois). Ces phases se succèdent inlassablement, déstabilisant la victime. L'enchaînement des différentes émotions et des traumatismes favorise la confusion et la perte de repères (19) (20).



Figure 1 : Cycle des violences (source RPNA)

Phase 1 : La tension

Il s'agit d'une phase durant laquelle l'atmosphère est menaçante et anxiogène. La tension induite est un moyen pour l'agresseur de faire jouer l'emprise et de pousser l'adaptabilité de la victime. L'agresseur a des gestes brusques, un ton colérique, des regards intimidants, sera silencieux, irritable. La victime est apeurée et craintive, essaie de répondre au maximum aux besoins de l'agresseur en oubliant ses propres besoins, évite les sujets de dispute...

Phase 2 : La crise

Il s'agit de la phase d'agression dans laquelle les violences sont maximales. Elle permet à l'agresseur d'affirmer son pouvoir et sa puissance et de renforcer le contrôle sur la victime.

L'agresseur utilise différentes sortes de violences (vues précédemment). La victime se sent honteuse, humiliée, apeurée, triste. Elle adopte des stratégies de protection : fuite, défense mais souvent l'emprise est telle que la victime est paralysée, dissociée.

Phase 3 : La justification

L'emprise permet à l'agresseur de justifier l'agression par la faute de la victime. L'agression devient juste, fondée et méritée. Il s'agit donc d'une inversion de la culpabilité. L'agresseur minimise, justifie son action avec des prétextes extérieurs et tente de faire croire à la victime que l'épisode relève de sa responsabilité. La victime va chercher une explication logique, minimise ses propres émotions, doute de ses perceptions, intègre les justifications de l'agresseur, se responsabilise.

Phase 4 : L'accalmie

Il s'agit d'une étape de « lune de miel » sans violence, avec un retour au calme et une relation s'approchant de la relation initiale fusionnelle. Cette étape maintient la victime dans l'espoir que la résolution soit définitive, ce sera une étape attendue lors des prochains cycles « après sa colère, ça ira mieux ». L'agresseur a un comportement attentionné, affectueux. La victime a l'impression de retrouver l'homme dont elle est tombée amoureuse.

A mesure que le temps passe, le cycle évolue plus rapidement et on constate une escalade et une diversification des violences (21).

1.2.6. Place du psycho-traumatisme dans les violences conjugales

Le Dr. Muriel Salmona est psychiatre spécialisée dans le psycho-traumatisme. Elle explique notamment le fonctionnement neurobiologique des traumatismes psychologiques que nous essayons de simplifier ici.

Le système limbique est un circuit neurologique qui implique les amygdales, les hippocampes et le cortex associatif. En cas de danger, les amygdales vont produire de l'adrénaline par stimulation du système nerveux autonome et du cortisol par la stimulation de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien et cela avant même que le cortex sensoriel et associatif ne réagisse. Ces hormones ont pour conséquence : l'accélération du rythme cardiaque, l'augmentation du débit cardiaque, et la néoglucogénèse. Ces effets permettent à l'organisme d'avoir les ressources nécessaires face à un danger.

Dans le même temps, les amygdales transmettent des informations émotionnelles au cortex associatif pour que la situation soit analysée et à l'hippocampe pour que les informations de danger soient stockées et puissent resservir une prochaine fois.

Si le danger n'est pas celui escompté, le cortex associatif « éteindra » les amygdales.

Lors de violences particulièrement extrêmes, le cortex associatif et l'hippocampe sont dans l'incapacité de réagir et « d'éteindre » les amygdales. Les taux d'adrénaline et de cortisol

sécrétés peuvent alors atteindre des dosages toxiques particulièrement pour le cœur (infarctus, hypertension artérielle maligne) et le cerveau (risque épileptogène et mort cellulaire par apoptose dans le cortex frontal et les aires associatives). Une voie de secours se met alors en place par « disjonction » : les amygdales sont déconnectées par la sécrétion de drogues endogènes, endorphines et kétamine-like. Les amygdales sont donc éteintes malgré la poursuite de l'exposition au danger et la poursuite des violences. Les hormones ont également un effet analgésique. Les amygdales sont déconnectées de l'hippocampe, ainsi la mémoire émotionnelle du danger ne se fait pas et ne pourra pas servir en cas d'exposition ultérieure à ce danger. En étant également déconnectées du cortex, et alors que des informations sensorielles seront reçues sans empreinte émotionnelle ni souffrance physique, les signaux sont perçus comme des sensations d'étrangeté, d'irréalisme, de dépersonnalisation. Il s'agit de la dissociation péri-traumatique.

D'autres mécanismes comme les conduites d'évitement et de contrôle peuvent également se mettre en place pour éviter de déclencher la mémoire traumatique. Mais lorsque ces mécanismes sont dépassés, la victime peut redéclencher automatiquement une attitude dissociative qu'elle a pu percevoir comme efficace pendant les précédentes agressions. Cette dissociation entraîne une anesthésie émotionnelle et physique importante, laquelle peut parfois devenir addictive car plus tolérable.

Cette dissociation a des répercussions fondamentales qu'il faut avoir en tête en tant que professionnel de santé car elle est à l'origine de comportements « troublants » de la part de la victime. Dans ce contexte de déréalisation, de dépersonnalisation, la victime peut sembler étrangement détachée de ce qu'elle vient de vivre. Elle peut rencontrer des difficultés à raconter des faits précis, voire élaborer des scénarios différents... Lorsque nous avons pris conscience de ces mécanismes de distorsion, nous comprenons pourquoi le comportement variable, parfois incompréhensible de la victime ne devrait pas remettre en cause la véracité de l'agression (22).

I.2.7. Conséquences

Les violences conjugales ont de très nombreuses répercussions sur la femme concernée ainsi que sur les enfants du couple. D'ailleurs, depuis novembre 2021, les enfants, lorsqu'ils sont témoins des scènes de violences, sont reconnus victimes sur le plan juridique.

Selon la Banque mondiale, les viols et violences conjugales représentent un risque plus grand pour les femmes de 15 à 44 ans que le cancer, les accidents de la route, la guerre et le paludisme réunis (23).

I.2.7.1. Conséquences chez l'adulte

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans un rapport de 2014, rapporte que les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé.

Les violences physiques sont à risque de lésions traumatiques, notamment sur le visage, le crâne, le cou et les extrémités. L'existence de cicatrices, de brûlures, de coupures n'est pas rare et a pour conséquence de rappeler tous les jours à la patiente les difficultés qu'elle

rencontre dans son couple. Les fractures engendrées peuvent avoir des répercussions sur le long terme avec un risque de handicap (17).

À la différence des autres types de violences, les violences physiques laissent souvent des traces visibles qui peuvent avoir un impact direct sur la vie sociale de la patiente. Tous les hématomes, brûlures et blessures ne sont pas toujours camouflables.

Les violences sexuelles sont à risque de troubles gynécologiques : troubles de la statique pelvienne, lésions du plancher pelvien, mutilations, dyspareunie, vaginisme, douleurs pelviennes chroniques, hémorragies et infections vaginales, cystites, complications lors de la grossesse, fausses couches, grossesses non désirées, maladies infectieuses sexuellement transmissibles... Le fait d'avoir subi des violences sexuelles multiplie par 26 le risque de décès par suicide (24).

Les violences psychologiques peuvent causer différents troubles : troubles anxieux, troubles panique, troubles du sommeil, troubles psychosomatiques, troubles du comportement avec parfois le développement paradoxal de conduites à risques, y compris sexuelles, consommation de toxiques, addictions, troubles de l'alimentation, épisode dépressif caractérisé, état de stress post-traumatique, tentatives de suicide...

Les violences, quelle que soit leur forme, augmentent par excès de sécrétion de cortisol le risque de développer des maladies chroniques parmi lesquelles : arthrite, asthme, maladie cardio-vasculaires, accident vasculaire cérébral, diabète, maladies rénales et hépatiques, hypertension artérielle et peuvent entraîner des déséquilibres de ces maladies chroniques (25).

Toutes ces répercussions peuvent entraîner un grand nombre de signes fonctionnels parfois difficilement explicables. Le nombre de consultations itératives avec des plaintes relativement vagues, multiples et inexplicables peut être important. Les symptômes chroniques inexplicables sont donc assez difficiles à prendre en charge. Les plaintes concernent le plus souvent des douleurs : abdominales, pelviennes, lombaires, des céphalées, une asthénie, des sensations de fourmillements, d'étourdissements, des palpitations, des difficultés respiratoires...

Les victimes, souvent isolées de soutien de leur entourage, peuvent être découragées ou empêchées de rechercher des soins médicaux en rapport avec leurs symptômes ou le suivi de leurs maladies chroniques.

La multiplicité des symptômes peut également entraîner des comportements à risque et un mésusage d'antalgiques par exemple (26).

I.2.7.2. Conséquences chez la femme enceinte

La grossesse est un facteur de risque important de violences conjugales. On estime que 30 à 40% des violences démarrent au cours d'une grossesse ou au cours de la première année de vie de l'enfant (18).

Ces violences, souvent récemment installées, sont ressenties comme « honteuses ». Les victimes ne croient pas vraiment à cette nouvelle modification dans le fonctionnement de leur couple et pensent que cette dysfonction n'est que passagère. Elles ont donc d'autant plus de mal à en parler.

Pourtant, ces violences sont responsables de plusieurs complications durant la grossesse :

- fausses couches multipliées par 2 ;
- accouchement prématuré multiplié par 3,5 ;
- augmentation du risque d'hématome rétro-placentaire ;
- augmentation du risque de retard de croissance intra-utérin.

Les femmes concernées peuvent être à risque de mal faire suivre leurs grossesses ou de consulter au contraire fréquemment en urgence pour des signes fonctionnels variés. Par définition, ce sont des grossesses à risque (27).

Le dépistage des violences conjugales est systématiquement réalisé au cours de la grossesse, à minima au décours de l'entretien prénatal précoce.

En somme, les violences conjugales ont un impact profond sur la santé physique et mentale des victimes, y compris sur les maladies chroniques. Il est donc essentiel que les professionnels de santé soient sensibilisés et préparés à identifier et soutenir les victimes de ces violences pour améliorer leur bien-être global.

I.3. Justification des recommandations HAS

L'intérêt du dépistage sur le plan médical n'est plus à démontrer. Il existe aussi une implication financière : en 2010, une étude chiffre à 2,5 milliards d'euros par an, en France, le coût global des violences conjugales, dont 20% sont attribués aux soins médicaux (28).

Le Grenelle des violences conjugales organisé en 2019 a permis de dégager plusieurs axes prioritaires de travail : l'inscription dans la loi de la notion d'emprise, la possibilité de lever le secret médical et le renforcement de la formation des professionnels de santé.

Depuis, l'HAS et Santé Publique France ont émis de nouvelles recommandations en 2019 et 2020 et placent les professionnels de santé en première ligne pour repérer les femmes victimes de violences (17).

De façon encore plus récente, en novembre 2022, à la suite d'un travail avec l'équipe des sciences comportementales de la Direction Interministérielle de la Transformation Publique (DITP), l'HAS a publié une nouvelle recommandation qui préconise la réalisation d'un dépistage « systématique » (2)(29).

Le dépistage des femmes augmenterait de 133% le repérage des femmes victimes de violences conjugales d'après une étude menée en milieu hospitalier (30)(31).

I.4. Place du médecin généraliste dans le dépistage

Toutes ces communications et recommandations récentes ne suffisent pas : une étude montre que 4 médecins sur 10 rapportent ne pas se sentir à l'aise sur le fait d'aborder la question des violences conjugales avec leurs patientes (32), alors que 9 femmes sur 10 pensent qu'il est normal d'aborder ces questions avec son médecin (33).

Concernant la publication de l'HAS de 2019 sur le repérage des violences conjugales, 60% des médecins interrogés ont entendu parler de la recommandation, mais 12% seulement l'ont lue. Parmi les 12% qui l'ont lue, la moitié oublie le caractère systématique mais 88% auraient l'intention de l'appliquer (30).

Une étude réalisée dans le Nord et le Pas-de-Calais en 2020 démontre que les recommandations de l'HAS de 2019 ne sont que peu mises en pratique. Elle illustre également le fait qu'en médecine générale, seule la violence physique semblerait engendrer une orientation et une prise en charge et que les prises en charge sont disparates (34).

En 2022, une nouvelle recherche est réalisée en Saône et Loire. Il s'agit d'une étude comparative avant/après intervention de formation des médecins généralistes. Elle montre que une intervention seule ne suffit pas pour améliorer significativement le taux de dépistage des violences (35).

I.4.1. Freins susceptibles d'influencer le comportement du médecin

Une nouvelle étude a essayé d'identifier les freins comportementaux des médecins qui empêchent le repérage systématique. Ces freins ont été identifiés selon le modèle COM-B développé par un consensus de scientifiques spécialisés dans les changements de comportement. Ils se divisent en 3 facteurs susceptibles d'influencer le comportement d'un individu (2).

Freins concernant les capacités : (36)

- un grand nombre de médecins ne connaissent pas la recommandation ou ne s'en rappellent pas ;
- les médecins sous-estiment la prévalence des violences conjugales et méconnaissent l'éventail des violences ;
- une grande majorité des médecins n'ont pas été formés et ne savent pas comment poser la question ou comment accompagner les victimes.

Freins concernant les motivations :

- certains médecins considèrent qu'ils n'ont pas de rôle à jouer dans le repérage ;
- certains craignent la dégradation de leur relation avec leur patientèle ou de commettre des erreurs dans l'accompagnement ;
- certains médecins pensent qu'ils ne pourront pas changer la situation des femmes victimes qu'ils identifient et/ou accompagnent.

Freins concernant l'environnement :

- les médecins n'ont pas assez de temps pour intégrer le questionnement (et l'accompagnement nécessaire) lors de l'anamnèse.

I.4.2. Solutions retenues pour lever les freins

Dans cette même étude, plusieurs propositions ont été proposées pour lever les freins qui concernent le dépistage systématique par les médecins. Parmi elles, deux ont été retenues :

- demander à la patiente de remplir un questionnaire avant ou après la consultation et/ou transformer l'environnement physique du cabinet (avec un affichage sur le dépistage des violences et des numéros d'urgence)
- fournir un résumé simple, attrayant et actionnable de la recommandation de l'HAS.

I.4.3. Relation médecin-patient

Parmi les freins, la crainte de la dégradation de la relation du médecin avec sa patientèle semble être importante. Cependant, une nouvelle étude tend à montrer qu'il s'agit de fausses croyances. Réalisée en novembre 2022, cette étude montre que :

- 93% des femmes se sentent à l'aise avec leur médecin généraliste ;
- 14% des femmes sont interrogées sur leur relation avec leur partenaire ;
- et seulement 3% sont questionnées sur les violences conjugales.

Cette même étude porte à 96% le taux de femmes qui estiment que le questionnement sur les violences conjugales par le médecin généraliste serait une bonne chose (37).

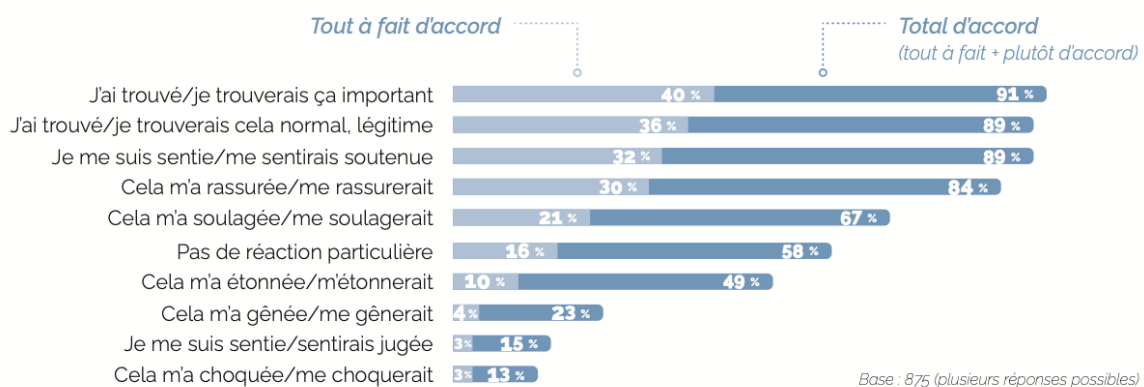


Figure 2 . Le repérage des violences conjugales en médecine générale : point de vue des femmes françaises

Les études AVIC-MG montrent également que les femmes victimes de violences conjugales attendent de leur médecin une meilleure implication sur le thème des violences conjugales. Ces études tendent à montrer que le suivi par le médecin des deux membres du couple serait une incitation supplémentaire pour les patientes, de parler des violences qu'elles subissent.

I.4.4. Repérage des patientes à risque de violences conjugales par les médecins généralistes

Plusieurs méthodes existent pour dépister les violences conjugales et aucune ne s'avère optimale.

Les praticiens peuvent s'appuyer sur les facteurs associés au risque de violences conjugales cités plus haut. Ils peuvent également utiliser des questionnaires établis ou utiliser des questions ouvertes de leur choix : Comment décririez-vous vos relations avec votre conjoint ? En cas de dispute, comment cela se passe-t-il ? Vous sentez-vous en sécurité chez vous ?...

Il faut également penser aux violences en cas de comportements inhabituels ou inadaptés : un partenaire trop impliqué, qui répond à la place de sa partenaire, minimise, méprise. Une augmentation soudaine du nombre de consultations, des rendez-vous non honorés.

Les enfants peuvent aussi apporter des indices : modification du comportement, repli social ou hyperactivité, régression ou maturité précoce, troubles des fonctions instinctuelles, douleurs, mises en péril.

Les femmes victimes de violences consultent plus que les autres, pour elles et pour leurs enfants.

Nous en profitons pour rappeler l'existence du violentomètre (Annexe 1) qui permet d'établir le degré de gravité des violences et qui constitue un outil utilisable également en médecine générale.

I.5. Le questionnaire WAST: Women Screening Abuse Tool

Jusqu'en février 2021, aucun outil de dépistage des violences conjugales n'avait été validé en France. Le questionnaire WAST a été élaboré au Canada, écrit en anglais. Il a été créé pour aider les médecins généralistes à aborder le sujet des violences conjugales et faciliter leur dépistage. Il est constitué de sorte à être facile et rapide d'emploi, être court tout en explorant l'ensemble des types de violences. Ce questionnaire a été utilisé à de nombreuses reprises lors d'études internationales pour identifier la prévalence des violences conjugales parmi les patientes consultant en médecine générale notamment avec une sensibilité et une spécificité de plus de 90%.

Ces questions portent sur les 12 derniers mois

TOTAL : /16points

Positif si >ou égal à 5

1. **En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?**
 Sans tension (0 pt) Assez tendue (1 pt) Très tendue (2pts)
2. **Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?**
 Sans difficulté (0pt) Difficilement (1 pt) Très difficilement (2pts)
3. **Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?**
 Jamais (0pt) Parfois (1 pt) Souvent (2pts)
4. **Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?**
 Jamais (0pt) Parfois (1 pt) Souvent (2pts)
5. **Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?**
 Jamais (0pt) Parfois (1 pt) Souvent (2pts)
6. **Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?**
 Jamais (0pt) Parfois (1 pt) Souvent (2pts)
7. **Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?**
 Jamais (0pt) Parfois (1 pt) Souvent (2pts)
8. **Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?**
 Jamais (0pt) Parfois (1 pt) Souvent (2pts)

Figure 3. Questionnaire WAST

Une étude, validée par Santé Publique France, a permis de valider l'utilisation de la traduction de ce questionnaire en France (38).

L'adaptation transculturelle du WAST a montré une bonne validité et une excellente capacité de discrimination victime/non victime. La valeur seuil de 5/16 a permis d'obtenir une sensibilité de 97,7% et une spécificité de 97,1% avec une VPP de 97,2% et une VPN de 97,7%. Cette étude a également démontré une très bonne acceptabilité des femmes interrogées avec une valeur de 95% (38). Cependant ce questionnaire n'est validé que pour les femmes dans ses versions anglaises et françaises.

Pour notre étude, nous avons choisi de nous appuyer sur ce questionnaire car il était déjà validé et dans la mesure où son temps de réalisation était relativement court (environ 3 minutes), il nous semblait simple d'utilisation. De plus, la réalisation d'un questionnaire établi donnant un score nous paraissait simple pour l'archivage des données dans le dossier médical.

L'objectif principal de ce travail est de comparer au cours d'une étude avant/après le nombre de femmes repérées comme victimes de violences conjugales en pratique courante (sans dépistage systématique) versus le nombre de femmes repérées lorsqu'un dépistage est effectué de façon systématique. Nous avons choisi pour cela de standardiser le dépistage en proposant la réalisation du questionnaire WAST.

Les objectifs secondaires sont d'observer si les femmes dépistées en pratique courante ont un profil différent des femmes repérées grâce au dépistage systématique et de déterminer si les médecins pensent opérer une modification de leurs pratiques après leur participation à notre étude.

II. Matériel et méthode

II.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude « quasi-expérimentale avant / après » prospective, longitudinale, multicentrique auprès de médecins généralistes.

II.2. Schéma expérimental

L'étude est composée de 2 phases successives réalisées par chaque médecin :

- une phase réalisée sans modification des pratiques pendant 2 semaines. Un recueil de données (annexe 1) était à remplir uniquement en cas de suspicion de violences et nous avons demandé aux médecins de nous noter combien de femmes de 18 à 75 ans étaient venues seules en consultation sur cette période ;
- une deuxième phase réalisée directement à la suite de la précédente. Nous avons demandé aux médecins de remplir le questionnaire WAST et un recueil de données pour chacune des patientes âgées de 18 à 75 ans venues seules en consultation, et ceci pendant 2 semaines également ;
- un questionnaire à destination des médecins généralistes dédié à la brève description de leur exercice a également été demandé avec une partie concernant leurs connaissances et la réalisation du questionnaire WAST.

Au cours de la première phase, le praticien déclarait le nombre de femmes qu'il considérait potentiellement victime en fonction de son interrogatoire, de son examen clinique et des dires des patientes. Dans chaque cas, nous avons recueilli les données qui ont permis aux médecins de considérer les patientes comme victimes de violences conjugales.

Au cours de la deuxième phase, nous avons considéré comme victime toute femme ayant un score au WAST supérieur ou égal à 5/16. Nous avons choisi ce seuil qui présentait les meilleures sensibilité et spécificité en nous basant sur l'étude de validation du questionnaire WAST en France.

Avant le début de l'étude, chaque médecin volontaire a reçu un livret complet de 21 pages rassemblant des fiches récapitulatives sur les violences (emprise, cycle de la violence, conséquences, repérage, évaluation, ITT, certificat descriptif), le violentomètre (Annexe 1), ainsi que la liste des numéros utiles des structures locales pour adresser et orienter leurs patientes en fonction de son lieu d'exercice.

Nous leur avons également joint un document détaillé sur les conséquences des violences chez les enfants.

II.3. Recrutement des médecins généralistes

Les médecins généralistes ont été recrutés par plusieurs méthodes : tirage au sort d'après la liste des CPAM de Corrèze, Creuse et Haute-Vienne. Nous avons également sollicité des conseils de l'Ordre des médecins des 3 départements : seuls les conseils de l'Ordre de la Corrèze et de la Haute-Vienne ont relayé ce travail.

Nous avons sollicité l'aide de l'ARS pour appuyer auprès des différents conseils de l'Ordre la diffusion de l'étude.

Nous avons également assisté et participé à une soirée de formation médicale continue sur les violences conjugales mi-janvier en Corrèze au cours de laquelle l'étude a été proposée.

Avec l'aide du Dr. Goudeaux, nous avons relancé certains médecins exerçant en Corrèze.

L'appui du Dr. Thomas nous a permis de proposer la thèse à plusieurs médecins de Haute-Vienne.

Pour augmenter le nombre de médecins, nous avons secondairement ouvert l'étude aux médecins volontaires d'autres départements.

Le premier contact s'est effectué par téléphone auprès des secrétariats des cabinets ou par mail. Un document PDF (Annexe 2) était envoyé pour expliquer le déroulement de l'étude. Lorsque les médecins étaient intéressés, les questionnaires et la notice explicative ont été envoyés par mail, ou par courrier en fonction des demandes.

Plusieurs relances ont été nécessaires.

Finalement, nous estimons que tous les médecins de Corrèze et de Haute-Vienne ont reçu au minimum un mail leur proposant de participer à cette étude via les différents conseils de l'ordre. Nous estimons à 402 le nombre de médecins contactés par mail ou appel, sans compter les relances.

II.4. Déroulement de l'étude

L'étude s'est donc déroulée pendant un mois : première phase du 9 au 22 janvier et deuxième phase du 23 janvier au 5 février. Certains médecins ont eu la possibilité de décaler la deuxième phase (pour des raisons organisationnelles propres).

La soirée de formation médicale continue du 12 janvier en Corrèze nous ayant permis de recruter d'autres médecins volontaires pour la thèse, nous avons proposé d'autres dates pour la réalisation de l'étude. La première phase s'est déroulée du 23 janvier au 5 février et la deuxième phase du 6 au 19 février.

La récupération des données s'est effectuée du 6 février au 12 mars par visite dans les différents cabinets qui ont participé, ou par courrier selon la préférence et l'éloignement géographique.

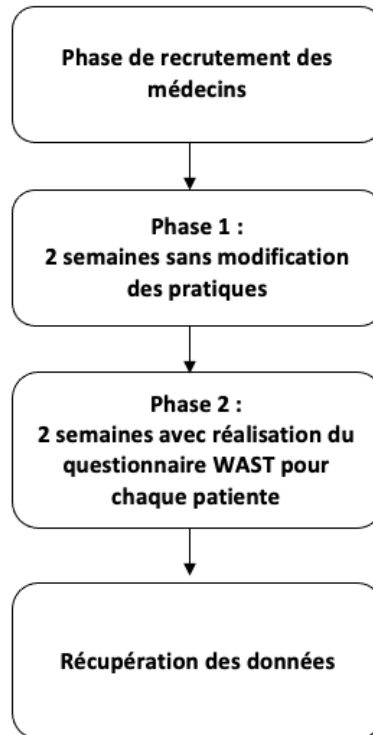


Figure 4. Déroulement de l'étude

II.5. Population cible

Le questionnaire WAST est validé pour les femmes de 18 à 75 ans inclus. Nous avons donc ciblé cette population de femmes. Pour faciliter la réalisation du questionnaire, nous avons ciblé les femmes consultant seules et exclu les patientes ne parlant pas et/ou ne comprenant pas le français, ainsi que les patientes souffrant de démence ou d'altération de l'état cognitif.

II.6. Aspects éthiques

Le comité d'éthique du CHU de Limoges a été sollicité et a validé les aspects éthiques de ce travail (avis n° 580-2022-236).

II.7. Aspects RGPD

Nous n'avons recueilli aucune donnée sensible concernant les femmes dépistées. Après avis auprès du data protection officer au sein de la faculté de Limoges, nous n'avons aucune formalité RGPD supplémentaire à effectuer.

II.8. Analyses statistiques

Le nombre de sujet nécessaire (NSN) a été calculé à l'aide du logiciel BiostaTGV[®].

Pour cela, nous avons utilisé les chiffres fournis par la thèse du Dr. Olalla Janeiro publiée en 2018 : en pratique courante (sans dépistage systématique), 0,82% des femmes étaient repérées victimes de violences contre 5,32% avec la réalisation d'un dépistage systématique (17).

En se basant sur ces statistiques, nous obtenons un NSN égal à 264 cas dans chaque groupe avec un risque de première espèce alpha à 0,025 et une puissance à 0,9. Soit un nombre total de 528 patientes.

La totalité des données a été entrée dans le logiciel Excel[®] pour la création de la base de données.

La totalité des calculs statistiques a également été effectuée à l'aide de BiostaTGV[®].

Pour ce qui concerne l'analyse descriptive, les variables continues ont été décrites avec le calcul de la moyenne et de la médiane. Les variables catégorielles ont été décrites par le calcul des effectifs et des pourcentages.

Pour ce qui concerne l'analyse comparative, les variables quantitatives ont été comparées par des tests t de student ou des tests de Mann et Whitney et les variables qualitatives par des tests du Chi2 ou des tests exacts de Fisher.

Le seuil de significativité retenu est de $p = 0,05$.

III. Résultats

Au total, nous avons contacté 402 médecins, 16 d'entre eux ont été inclus et ont vu 868 femmes en 4 semaines.

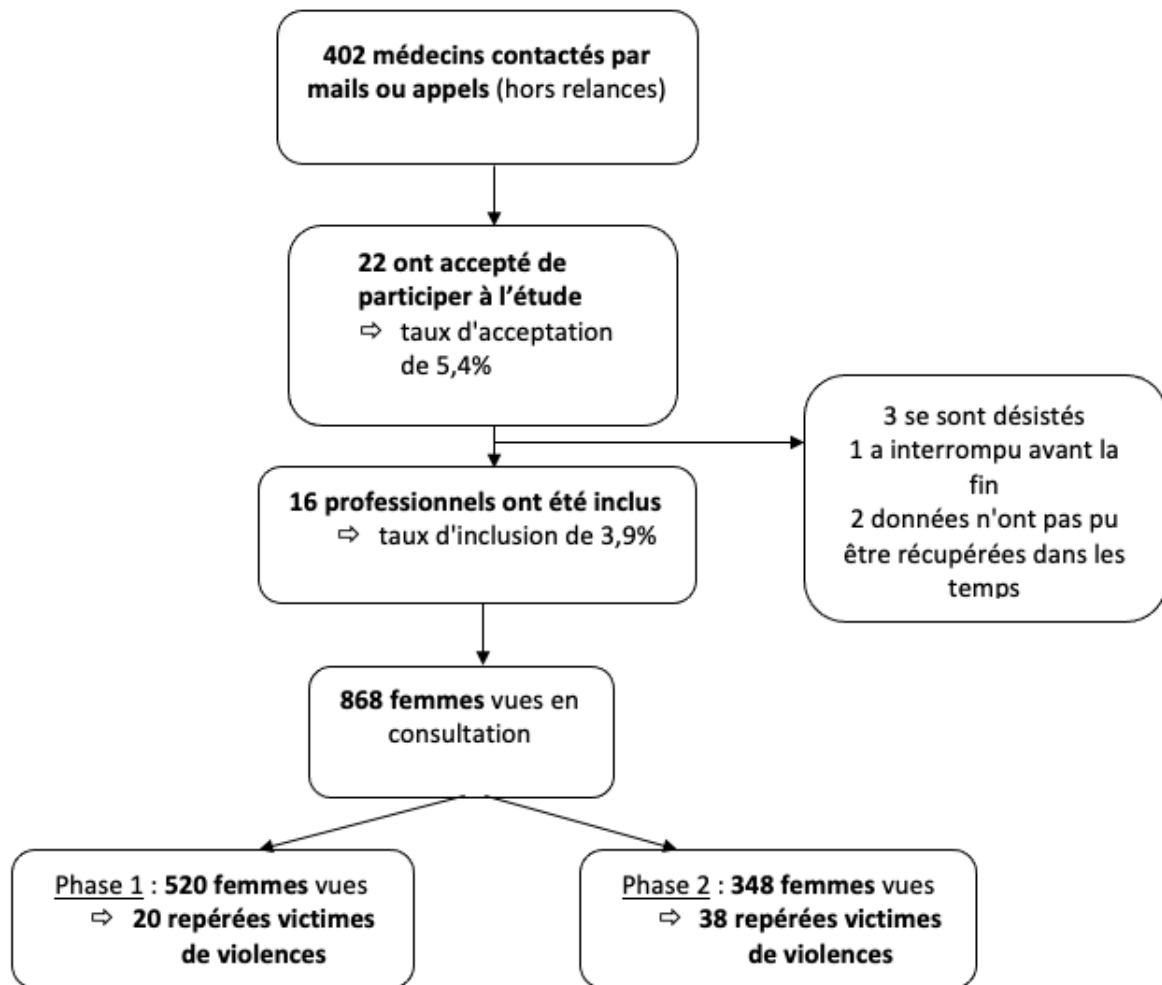


Figure 5. Diagramme de flux

III.1. Médecins généralistes

Nous avons réussi à recruter et à récupérer les données de l'étude entièrement réalisée pour 16 médecins dont les caractéristiques sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Caractéristiques des médecins recrutés

	N(%) / m ± sd
Age praticiens	39,62 ± 10,15
Sexe	
Femme	9 (56%)
Homme	7 (44%)
Lieu d'exercice	
Urbain	5 (31%)
Semi-rural	6 (38%)
Rural	5 (31%)
Département d'exercice	
Corrèze	5 (31%)
Haute-Vienne	8 (50%)
Dordogne	2 (16%)
Drome	1 (6%)
Patientèle	1117 ± 233
Formation violences Conjugales	2 (12%)
Participation FMC	3 (18%)
WAST Connu	5 (31%)

Parmi ces 16 médecins, 3 ont été recrutés par la soirée de FMC (formation médicale continue) organisée par la Maison de Soie en Corrèze.

Le questionnaire WAST était connu pour 5 médecins participant à l'étude.

III.2. Objectif principal : nombre de femmes dépistées potentiellement victimes

Lors de la phase 1, 508 femmes ont été vues en consultation, parmi elles 20 (3,9%) ont été repérées potentiellement victimes de violences conjugales.

Lors de la phase 2, 342 femmes ont été vues en consultation, parmi elles 38 (11,1%) présentaient un score de WAST supérieur ou égal à 5.

On note une différence de 166 patientes entre les deux phases, à la faveur de la phase 1.

Les résultats sont significatifs avec un p à 0,0002 et un OR à 2,81 avec un intervalle de confiance entre [1.5687 ; 5.2073].

Tableau 2. Comparaison du nombre de patientes potentiellement victimes

	Phase 1 (n=508)	Phase 2 WAST (n=342)	p
	----- N (%) / m ± sd	----- N (%) / m ± sd	
Nombre de femmes potentiellement victimes	20 (3,9%)	38 (11,1%)	0,0002

Le dépistage systématique permet donc de multiplier par 2,8 le taux de patientes potentiellement victimes, soit une augmentation de 180%.

Le tableau 3 ci-après reprend les résultats obtenus dans les deux phases.

Tableau 3. Description des résultats selon la phase d'étude

	Phase 1	Phase 2
Nombre total de femmes vues	508	280
Moyenne du nombre de femmes vues par médecin	31,75	21,75
Minimum	11	2
Maximum	74	53

Nombre total de patientes détectées victimes	20	38
Moyenne du nombre de femmes détectées victimes par médecin	1,25	2,17
Minimum	0	0
Maximum	7	7

Les médecins ont vu en moyenne 10 femmes de plus en phase 1 par rapport à la phase 2 et détectent malgré tout en moyenne une femme victime de plus en phase 2.

Les écarts concernant le nombre de femmes vues étaient assez importants dans les 2 phases : 11 à 74 en phase 1 contre 2 à 53 en phase 2.

Tableau 4. Caractéristiques des femmes identifiées victimes en fonction de la phase d'étude

	Phase 1 (n=20)	Phase 2 WAST (n=38)	p
	N (%) / m ± sd	N (%) / m ± sd	
Age	41,7±22,4	50,6 ± 17,1	0,09
Statut marital			0,74
Couple	15 (75%)	24 (63%)	
Séparée ou divorcé depuis moins d'un an	4 (20%)	10 (26%)	
Couple non-cohabitant	1 (5%)	4 (11%)	
Durée de la relation			0,78
< 1 an	2 (10%)	2 (5,5%)	
1 à 5 ans	4 (20%)	8 (21%)	
6 à 10 ans	2 (10%)	5 (13,5%)	
> 10 ans	9 (45%)	23(60%)	
NR	3 (15%)		
Activité professionnelle	11 (55%)	21 (55%)	1
Ont un/des enfant(s)	9 (45%)	31 (81%)	0,2
Grossesse en cours (ou enfant de moins d'un an)	3 (15%)	3 (7%)	0,6

III.2.1. Phase 1

Durant la phase 1, les femmes sont repérées potentiellement victimes selon plusieurs modalités :

- 6 déclarations spontanées (30%) dont une agression sexuelle ;
- 3 par repérage de troubles fonctionnels (15%) ;
- 3 par questions ouvertes (15%) ;
- 3 par l'observation du comportement du mari (conjugopathie ancienne, jalousie, agressivité) (15%) ;
- 3 par signalement de tiers par courrier d'un autre médecin et appel d'une infirmière libérale ou d'un autre patient (15%)
- 2 par demande de certificat de coups et blessures (10%).

A savoir que le médecin avait la connaissance de violences antérieures pour 7 des patientes détectées victimes lors de la phase 1 (35%).

III.2.2. Phase 2

Pour ce qui concerne la phase 2 (dépistage systématique en utilisant le score de WAST), 38 patientes avaient donc un score supérieur ou égal à 5. Nous présentons ci-dessus un graphique représentant la répartition des scores.

Parmi les 342 patientes interrogées en phase 2 : 58 étaient célibataires depuis plus d'un an et n'ont donc pas fait le WAST. Nous avons choisi de garder le nombre de 342 patientes pour réaliser les tests statistiques car les patientes célibataires n'ont pas été identifiées en phase

Il est à noter que 15 femmes présentaient un score de 4 et n'ont pas été incluses comme victimes de violences. Pour autant, certaines d'entre elles avaient répondu « parfois » ou « souvent » aux questions « Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ? » ou « Les disputes se terminent elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups ou d'être bousculée ? ».

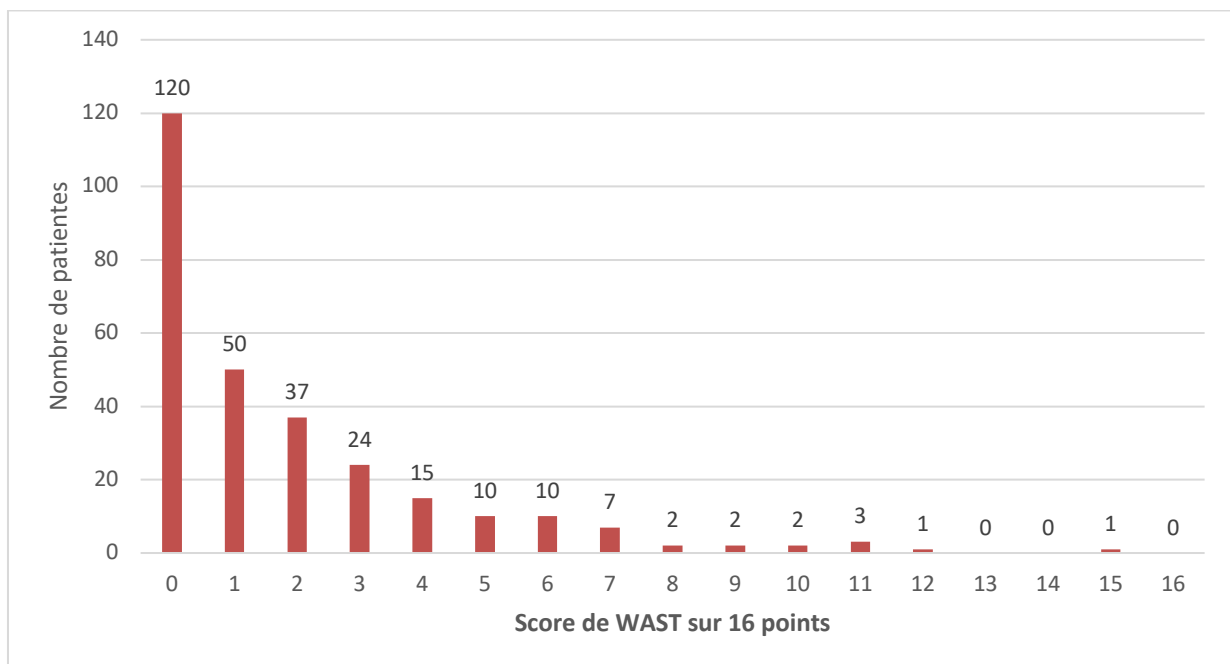


Figure 6. Répartition des scores WAST

Le tableau 4 montre plusieurs éléments. Les femmes repérées en phase 2 :

- semblent avoir une moyenne d'âge plus élevée de 10 ans ;
- semblent être en couple depuis plus longtemps ;

- semblent plus souvent avoir des enfants.

Il y avait proportionnellement plus de femmes enceintes victimes parmi les femmes repérées pendant la première phase.

Par contre, il ne semble pas y avoir de différence pour ce qui concerne l'activité professionnelle.

III.2.3. Médecins

Tableau 5. Caractéristiques des médecins identifiant en fonction de la phase d'étude

	Phase 1 (n=20)	Phase 2 WAST (n=38)	p
	----- N (%) / m ± sd	----- N (%) / m ± sd	
Tranche d'âge des médecins			
<40 ans	12 (60%)	19 (50%)	0,15
>40 ans	8 (40%)	19 (50%)	
Sexe			
Femmes	13 (75%)	16 (42%)	<0,05
Hommes	7 (35%)	22 (58%)	
Lieu d'exercice			
Urbain	2 (10%)	14 (37%)	2
Semi Rural	10 (50%)	11 (29%)	
Rural	8 (40%)	13 (34%)	

Le tableau 5 nous permet de comparer les résultats des phases 1 et 2 en fonction des caractéristiques des médecins.

Nous remarquons notamment qu'il existe une différence significative concernant le sexe du médecin. Par rapport aux femmes, les hommes détectent moins de patientes en phase 1 et plus en phase 2.

Notre étude n'a pas montré de différences significatives en ce qui concerne l'âge des médecins ainsi que leur lieu d'exercice.

III.3. Caractérisation des violences

Tableau 6. Caractérisation des violences par le questionnaire WAST

	0 (jamais)	1 (Assez difficile Assez tendu Parfois)	2 (Difficile Très tendu Souvent)	Total N(%) (1+2)
Q1. Relations au sein du couple	0	25	13	38 (100%)
Q2. Difficultés pour résoudre les disputes	0	22	16	38 (100%)
Q3. Difficultés entraînant un sentiment de dévalorisation	0	23	15	38 (100%)
Q4. Disputes entraînant de la violence physique	19	16	3	19 (50%)
Q5. Effrayée par le partenaire	3	28	7	35 (92%)
Q6. Maltraitance physique	25	11	2	13 (34%)
Q7. Abus psychologique	16	13	9	22 (57%)
Q8. Abus sexuel	33	4	1	5 (13%)

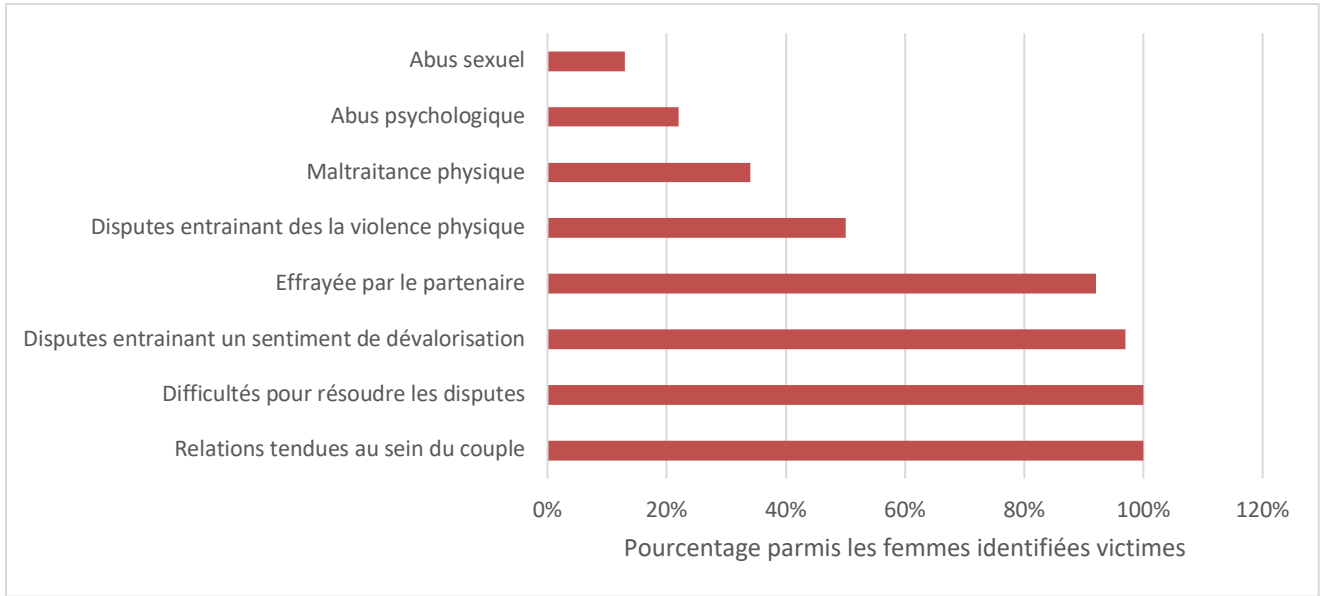
Le tableau ci-dessus reprend toutes les réponses données au questionnaire WAST. Le total est la somme des réponses positives (1 ou 2 points).

Dans notre étude :

- 100% des femmes dont le WAST est supérieur ou égal à 5 décrivent des relations assez tendues ou très tendues au sein de leur couple
- 100% décrivent difficultés pour résoudre les disputes
- 100% décrivent un sentiment de dévalorisation
- 92% déclarent être effrayées par le partenaire
- 57% décrivent des abus psychologiques
- 50% décrivent des violences physiques au cours des disputes

Le tableau 6 permet de constater que toutes les femmes présentant un WAST positif avaient répondu « assez difficile, assez tendu, parfois » ou « difficile, très tendu, souvent » aux trois premières questions du WAST. Autrement dit, toutes les femmes avec un WAST positif décrivent des relations tendues au sein du couple, des difficultés pour résoudre les conflits et un sentiment de dévalorisation.

Tableau 7. Répartition des violences classées par fréquence



Le tableau 7 nous permet de constater que les femmes sont souvent victimes de plusieurs catégories de violences. Nous avons pu constater au cours de cette étude que les violences physiques et sexuelles concernaient surtout les patientes avec un score WAST très élevé (supérieur à 8).

III.4. Répercussions de l'étude

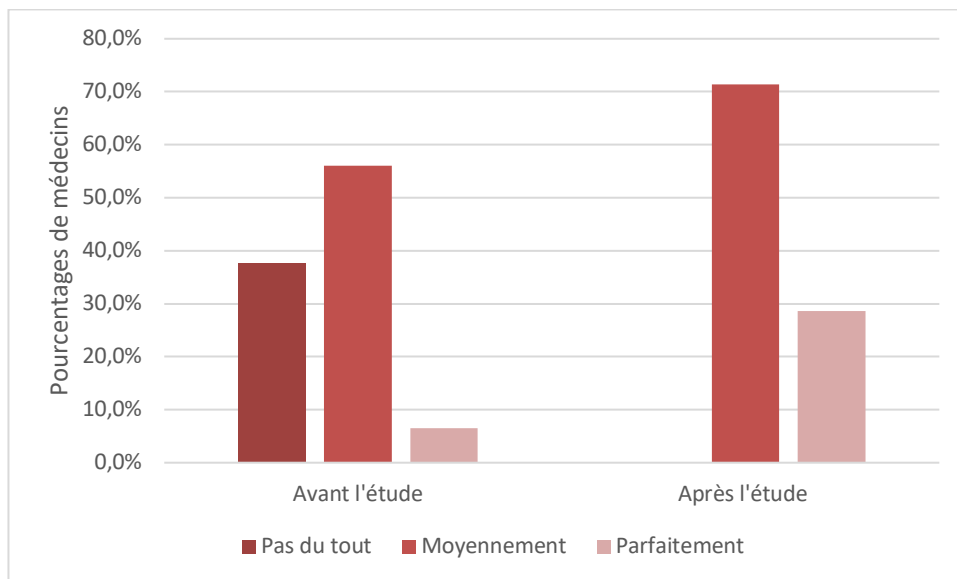


Figure 7. Degré d'aisance des médecins concernant le dépistage des violences avant et après l'étude (2 médecins ne se sont pas prononcés sur leur aisance après l'étude)

Ce graphique montre une bonne évolution du degré d'aisance des médecins après 2 semaines de dépistage systématique.

Tableau 8. Degré d'aisance des médecins avant/après l'étude

Degrés d'aisance	Avant N(%)	Après N(%)	p
Parfaitement	1 (6,5%)	4 (28,6%)	0,01
Moyennement	9 (56%)	10 (71,4%)	
Pas du tout	6 (37,5%)	0 (0%)	

Après l'étude, aucun médecin ne se sent « pas du tout à l'aise » alors que c'était le cas pour 37,5% d'entre eux avant l'étude.

Le nombre de médecins « moyennement » à l'aise passe de 56 à 71,4%, et le nombre de médecins « parfaitement à l'aise » passe de 6,5 à 28,6%.

Ces résultats sont significatifs avec un $p = 0,01$.

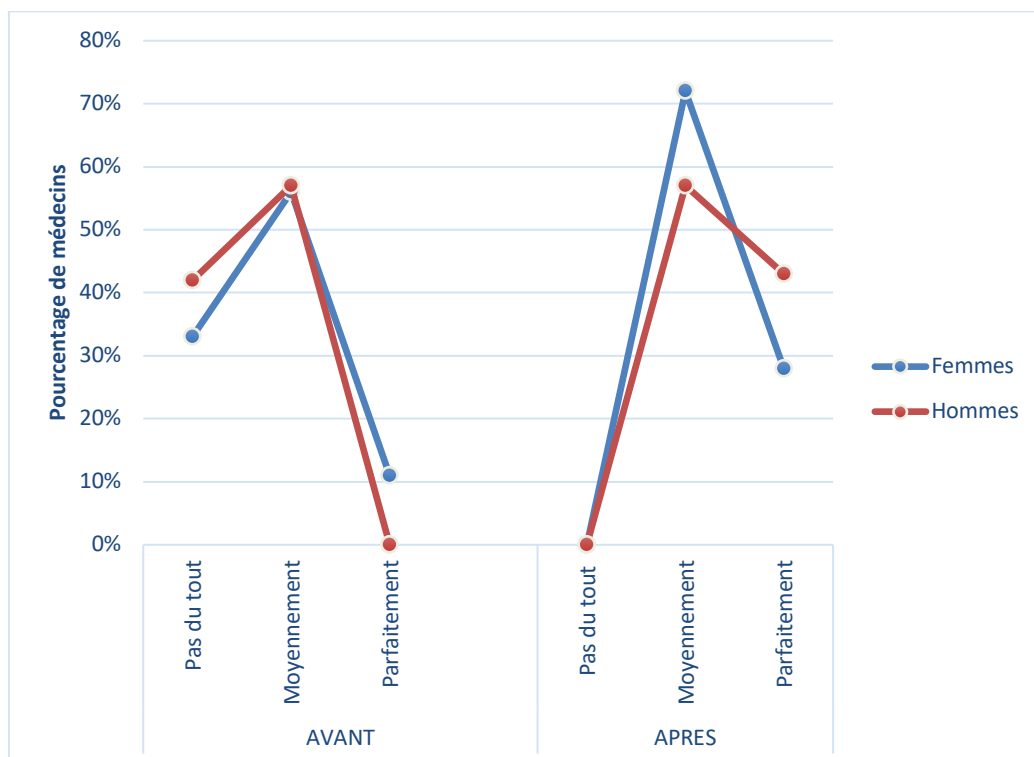


Figure 8. Évolution du degré d'aisance en fonction du sexe du médecin

La figure 8 semble montrer que la répartition (pas du tout / moyennement / parfaitement) du degré d'aisance est similaire dans les deux phases, quel que soit le sexe du médecin.

Tableau 9. Ressenti des médecins

	Oui	Non
Surpris du résultat	6 (42,8%)	8 (57,2%)
Poursuite de l'utilisation du WAST plus ou moins systématiquement	12 (85,7%)	2 (14,3%)

Le tableau 9 montre que 42,8% des médecins sont surpris du résultat du questionnaire lorsqu'utilisé systématiquement. De plus, une grande majorité d'entre eux pense garder le WAST comme outil pour dépister les violences.

Les deux médecins qui n'envisagent pas de poursuivre l'utilisation du WAST sont des médecins qui étaient habitués lors des consultations à poser des questions ouvertes au sujet des violences et qui préfèrent cette méthode à l'utilisation du WAST.

IV. Discussion

D'après les conclusions de notre étude, l'emploi du questionnaire WAST dans le dépistage systématique des violences conjugales en médecine générale a entraîné une augmentation significative de 180% du nombre de femmes identifiées victimes.

Il ressort de notre analyse que les patientes repérées par le questionnaire WAST semblent avoir des caractéristiques différentes par rapport à celles détectées en pratique courante. Elles sont plus âgées, ont des relations de couple de plus longue durée, et sont plus fréquemment mères de famille.

De plus, il est à noter que les médecins ayant utilisé cet outil au cours de cette étude ont manifesté un sentiment accru de confiance dans son utilisation et ont l'intention de continuer à l'appliquer dans leur pratique.

IV.1. Validité interne

IV.1.1. Méthodologie et format de l'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude quasi-expérimentale avant/après plutôt que de réaliser une étude sur deux groupes de médecins et de patientèles distincts.

Cela nous a permis :

- D'avoir des populations de patientes comparables dans les deux groupes puisque issues des mêmes patientèles
- De sensibiliser et de familiariser tous les médecins recrutés au dépistage systématique et à l'utilisation du questionnaire WAST et pas seulement la moitié d'entre eux qui aurait fait partie du groupe « WAST » dans le cadre d'une étude comparative à deux branches.

La durée de l'étude a été assez courte pour permettre globalement un bon respect des consignes mais assez longue pour permettre de sensibiliser médecins et patients à l'intérêt du dépistage systématique des violences conjugales.

Le nombre de sujets nécessaires a été atteint, permettant de justifier d'une bonne validité interne de l'étude.

De nombreux médecins ont remarqué que l'affiche déposée en salle d'attente pour prévenir les patients de la réalisation de la thèse, avait suscité des questions et avait ouvert la discussion sur le sujet, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Un certain nombre d'hommes a également demandé pourquoi on ne pratiquait ce dépistage que chez les femmes.

La participation à cette étude, a permis pour tous les médecins de pouvoir garder une trace dans leurs dossiers de ce dépistage. Ces renseignements datés, peuvent être utiles à la victime lorsqu'une procédure est envisagée pour dater les violences par exemple.

IV.1.2. Recrutement des médecins participants à l'étude

Le nombre de médecins recrutés a permis d'obtenir le NSN. Nous avons envisagé moins de difficultés à recruter et un plus grand nombre de praticiens participants sur la base initiale du tirage au sort. Cela aurait permis de limiter le risque de biais de volontariat.

Les médecins étaient plutôt également répartis entre les trois catégories d'exercice : rural, semi rural et urbain et il y avait 56% de femmes, soit 10 points de plus que dans les données démographiques nationales qui estiment à 46% le nombre de femmes médecins (40).

L'âge moyen des praticiens recrutés dans notre étude est de 39 ans, bien inférieur à l'âge moyen des praticiens en France qui est de 50 ans (40). En revanche, la taille de la patientèle de notre échantillon (1117 patients) est plus importante que la moyenne nationale estimée à 1060 patients par la CNAM en 2020.

Le questionnaire WAST était connu pour 1/3 des médecins qui a participé à l'étude, alors que seulement 12% des praticiens considèrent être formés aux violences (38).

IV.1.3. Résultats de l'étude

IV.1.3.1. Objectif principal

Pour rappel, notre étude a montré que le dépistage systématique des violences conjugales par le questionnaire WAST permettait une hausse de 180% des patientes repérées victimes.

Au cours de la 1^{ère} phase de notre étude (c'est-à-dire en pratique courante) 3,9% des patientes ont été repérées victimes. Lors de la thèse du Dr. Olalla Janeiro publiée en 2018, ce chiffre était de 0,82%.

En 2019, un communiqué de presse de la HAS était publié concernant le dépistage des violences et mentionnait : « la HAS recommande d'aborder systématiquement la question des violences conjugales en consultation et fournit des outils pour repérer et protéger les victimes ».

D'après nos chiffres, cette recommandation aurait permis une hausse du nombre de patientes repérées victimes de 0,82% à 3,9%, soit 4,7 fois plus.

Du fait des campagnes de communication et de sensibilisation, les médecins semblent dépister plus de femmes victimes dans leur pratique courante.

Il n'est pas exclu qu'un biais de recrutement surestime notre résultat : les praticiens ayant participé à l'étude étaient peut-être particulièrement intéressés par le sujet.

Ce biais de recrutement peut néanmoins être minimisé car nous l'avons vu, seulement 12% d'entre eux se sont formés au repérage des violences conjugales.

En phase 2, nous n'avons pas demandé si les médecins avaient connaissance d'une antériorité de violences chez les patientes avec un WAST positif, ce qui aurait pu donner plus d'éléments dans la comparaison des femmes victimes en fonction de leur phase de dépistage.

IV.1.3.2. Questionnaire WAST

Le score de WAST est validé par Santé Publique France. C'est un outil court, facile d'utilisation et reproductible. Dans le retour des médecins participants à l'étude, certains appréhendaient de poser des questions difficiles jugées trop directes. Mais le fait de pouvoir justifier la pose de ces questions pour un travail de thèse semblerait avoir permis aux médecins de mieux surmonter cette réticence.

Pour la plupart des médecins, il existe un écart assez net entre le nombre de patientes vues en phase 1 (31,75) et le nombre de questionnaire finalement réalisé en phase 2 (21,75). Cela se justifie par le fait que le questionnaire n'a pas été effectué chez la totalité des patientes vues en phase 2.

Les raisons données sont le manque de temps, des oublis ou des raisons organisationnelles.

Certaines patientes n'ont également volontairement pas été questionnées :

- Les patientes déjà repérées victimes n'ont volontairement pas été testées par au moins 2 des praticiens (et donc pas incluses).
- Un médecin a également fait part de sa réticence quant à la tournure de certaines questions et n'a pas proposé le questionnaire aux femmes pour qui il jugeait le sujet trop « sensible » avec une suspicion forte de violences. A priori, il ne sentait pas les patientes concernées prêtes à être confrontées au vocabulaire utilisé dans le WAST.

Nous l'avons vu plus ci-dessus, le WAST reste un outil perfectible.

Il n'interroge pas sur toutes les violences : les violences matérielles, administratives et économiques par exemple.

De plus, il est légitime de se demander si le score supérieur ou égal à 5 est une façon appropriée pour identifier les victimes. Par exemple, est-ce que cocher seulement une des cases « Parfois » aux questions suivantes, ne pourrait pas suffire pour considérer qu'une femme est victime ?

- Question 4 : « Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pied ou d'être poussée ? »
- Question 6 : « Vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ? »
- Question 7 : « Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement »
- Question 8 : « Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ? »

En reprenant nos résultats, toutes les patientes qui ont répondu « Souvent » à ces 4 questions avaient un WAST positif (supérieur ou égal à 5).

En revanche, parmi celles qui avaient un WAST négatif (strictement inférieur à 5) :

- 4 femmes ont répondu « Parfois » à la question 4 (frappée après dispute)
- 3 femmes ont répondu « Parfois » à la question 6 (maltraitance physique)
- 13 femmes ont répondu « Parfois » à la question 7 (maltraitance psychologique)
- 3 femmes ont répondu « Parfois » à la question 8 (abus sexuel)

De même, il peut paraître difficile de donner une fréquence type pour pouvoir déterminer ce qui relève du « Parfois » de ce qui relève du « Souvent ».

Le questionnaire WAST en reste un outil standardisé, reproductible et d'utilisation rapide. Il permet d'aborder le sujet des violences avec des questions déjà élaborées, ce qui évite au praticien de devoir trouver la tournure la plus adéquate.

L'examen clinique, les impressions du médecin, ainsi que l'interrogatoire restent indispensables pour déterminer si la patiente est une potentielle victime.

Les éléments comme la connaissance de la structure familiale, le suivi des enfants ainsi que de leur évolution, l'écoute de leurs plaintes, la modification de leurs comportements peuvent être des éléments de vigilance quant à l'existence potentielle de violences intrafamiliales ou conjugales.

IV.1.3.3. Objectifs secondaires

IV.1.3.3.1. Profil de femmes victimes

D'après notre étude, les femmes dépistées en pratique courante auraient un profil différent des femmes repérées grâce au dépistage systématique.

Le tableau 4 nous permet de faire des comparaisons entre les victimes repérées en phase 1 et celles en phase 2.

Du fait de l'échantillon relativement faible, aucun des tests réalisés n'est significatif. Nous observons cependant plusieurs tendances.

- Les femmes dépistées en phase 1 seraient plus jeunes de 10 ans en moyenne que celles détectées en phase 2 (WAST).
- Les répartitions selon le statut marital et la présence d'une activité professionnelle semblent être relativement similaires dans les deux groupes.
- Concernant la durée de relation :
 - o en phase 1, il y a 2 fois plus de relations d'une durée inférieure à 1 an (ce qui irait avec un âge moyen plus jeune des victimes dans cette phase)
 - o en phase 2, il y a 15% de relations d'une durée supérieure à 15 ans et 2 fois plus de femmes avec des enfants.
- Les femmes détectées victimes en phase 2 ont plus souvent des enfants.

Nous pouvons nous demander si les jeunes femmes parlent plus facilement des violences que leurs aînées ainsi que si elles sont plus sensibilisées. Il est également possible que ce soit moins difficile de poser la question à une jeune femme.

Nous n'avons pas demandé d'information concernant l'origine ethnique des patientes. Dans le but d'appliquer le WAST dans les conditions d'étude de sa validation par Santé Publique France, nous n'avons interrogé que les femmes âgées de 18 à 75 ans inclus et celles qui comprenaient le français, ce qui a pu exclure certaines femmes potentiellement victimes.

Nous pouvons également remarquer que dans notre étude, le pourcentage de femmes enceintes victimes était plus important en phase 1. Depuis plusieurs années, et parce qu'un bon nombre de violences conjugales démarrent pendant la grossesse, l'HAS recommande la réalisation systématique de l'entretien prénatal précoce vers le 4^{ème} mois de grossesse. Celui-ci permet de repérer quelques marqueurs de vulnérabilités dont les violences conjugales font partie. Certaines maternités utilisent d'ailleurs le WAST pour les dépister et parfois sous forme modifiée. Dans ce cas, les deux premières questions sont posées dans un premier temps et si l'une des deux est positive, la totalité du questionnaire est déroulée.

Les violences conjugales ont lieu dans tous les milieux socio-culturels et concernent toutes les femmes sans distinction d'âge. Mais selon notre étude, le WAST permettrait de repérer des femmes moins souvent repérées en pratique courante.

IV.1.3.3.2. Volonté des médecins de modifier leurs pratiques de dépistage

Après notre étude, plus aucun médecin ne se sent « pas du tout » à l'aise pour dépister les violences conjugales. Nous pouvons supposer que le fait de s'exercer à poser les questions du WAST pendant 2 semaines a permis de lever certains freins. Cela a notamment permis aux médecins de constater que les patientes étaient plutôt réceptives et enfin que le questionnaire était bien perçu.

La majorité des médecins nous a précisé leur surprise quant au bon accueil du questionnaire par leurs patientes.

Finalement, après utilisation du WAST au cours de l'étude, 85,7 % des médecins continueront à utiliser ce score de façon plus ou moins systématique.

IV.2. Validité externe

Nous n'avons pas retrouvé d'étude précédemment réalisée comparant le taux de dépistage du WAST par rapport à la pratique courante.

Cependant, le taux de 11,1% que nous retrouvons dans notre étude en phase 2 (WAST) semble être relativement proche de l'estimation des violences fournie par l'Enquête Nationale sur les Violences Faites aux Femmes (ENVEFF) et qui chiffrait à une femme sur dix le nombre de femmes victimes pour une tranche d'âge entre 20 et 59 ans.

Une méta-analyse sur des données internationales effectuée par le Dr. O'Doherty en 2015 montrait que le dépistage systématique, en milieu hospitalier permettait de repérer deux fois plus de femmes victimes. Bien que les études concernées n'aient pas utilisé pas le questionnaire WAST mais des questions ouvertes laissées à la discrétion des équipes, elles ont tendance à montrer que le dépistage systématique est efficace. Même si nous n'avons pas dans la littérature de preuve que le dépistage permet une diminution des violences, cette étude montre également que le dépistage systématique n'engendrait pas de complication à court-terme (31).

En 2020, une étude réalisée en Indre et Loire montrait que 84% des médecins n'ont pas eu de formation sur les violences conjugales. Ce chiffre est relativement proche de ce que

montre notre travail de recherche dans lequel seulement 12% des médecins ont été formés (41).

IV.3. Perspectives

IV.3.1. Questionnaire WAST

L'utilisation du questionnaire WAST peine à être optimale en France. Il existe de nombreuses réticences à poser la totalité des questions qui peuvent parfois paraître un peu brutales.

Dans notre étude, toutes les femmes avec un WAST positif décrivent des relations tendues au sein du couple, des difficultés pour résoudre les conflits et un sentiment de dévalorisation.

Il est possible d'imaginer de poser les 3 premières questions à toutes les femmes et de dérouler la totalité du questionnaire si une réponse positive est donnée au trois premières questions.

Cependant, poser la totalité des questions permet également de sensibiliser un certain nombre de femmes à ce que sont les violences.

De nombreuses patientes ont demandé pourquoi les questions du WAST n'intéressaient que l'année écoulée. On peut supposer qu'elles avaient peut-être été victimes auparavant. Cela pourrait justifier de faire entrer des questions concernant les violences au cours de l'anamnèse classique au cours des premières consultations en plus d'un dépistage systématique annuel par exemple.

Il n'existe pas de consensus international sur la place du dépistage systématique des violences conjugales. Certains pays prônent, comme la France et ainsi que certains pays américains, un dépistage systématique qui permet de libérer la parole, de dépister précocement, de faire le lien entre symptômes et violences éventuelles et de prendre les devants pour proposer des soutiens associatifs ou des orientations. La place du systématique est d'autant plus pertinente que plusieurs études montrent que les femmes y sont favorables (30).

L'OMS ne s'est pour le moment pas positionnée en faveur d'un dépistage systématique (hormis pendant la grossesse) mais plutôt en faveur d'un dépistage ciblé. Cette position est étayée pour le moment par l'absence d'études qui démontreraient : une amélioration significative de la sécurité ou de la qualité de vie, une amélioration des marqueurs de la santé des victimes, ou une augmentation de l'utilisation de services de soutien (42).

Dans les dernières communications de la HAS datant de novembre 2022 concernant le repérage des violences conjugales et donnant des outils, il n'est pas fait mention de ce questionnaire pourtant validé par Santé Publique France. Cependant, une liste de questions ouvertes est proposée (3,17). Le fait de proposer dans des recommandations récentes l'utilisation du WAST, pourrait laisser l'opportunité aux praticiens de choisir l'outil qui leur correspond le mieux et qui selon eux est le plus facile à utiliser.

IV.3.2. Profil des femmes victimes

Pour un médecin généraliste, il est peut-être plus difficile d'aborder ce sujet sans véritable raison chez les patientes suivies de longue date, ou peu souvent vues en consultation.

Notre étude a tendance à montrer que la systématisation du dépistage permettrait de dépister des femmes non suspectées en pratique courante et moins facilement accessibles.

L'affichage de communications de sensibilisation sur les violences conjugales en salle d'attente pourrait permettre de rendre le sujet moins « tabou ». Il pourrait permettre d'attribuer une place « légitime » au dépistage des violences conjugales et intra-familiales au sein d'un cabinet médical.

IV.3.3. Valorisation et reconnaissance du dépistage

Nous pouvons aussi nous demander si, au même titre que d'autres dépistages effectués en consultation (Échelle de dépression de Hamilton par exemple), la CPAM ne pourrait pas proposer une cotation particulière pour la réalisation du dépistage des violences conjugales.

Cette cotation particulière pourrait donner une place plus « légitime » au dépistage des violences dans la pratique de la médecine générale, permettre la reconnaissance de la formation et de l'acquisition de nouvelles compétences nécessaires à ce dépistage.

IV.3.4. Ressources

La connaissance par le médecin généraliste des ressources locales vers lesquelles orienter les patientes est un élément important. Il permet au praticien de ne pas se sentir démuné quant aux solutions à proposer à ses patientes.

Une cartographie des médecins et soignants formés à la prise en charge des violences conjugales et intra-familiales est en train d'être élaborée sur le site « un maillon manquant.org ». Ce site répertorie les personnes ayant réalisé le DIU « Prise en charge des violences faites aux femmes, vers la bientraitance ».

Le Plan Rouge Vif est un rapport parlementaire publié en mai 2023, pendant la rédaction de ce travail de recherche. Il a été élaboré pour améliorer le traitement judiciaire des violences intrafamiliales. En plus de mettre l'accent sur le repérage et la prise en charge des violences en milieu rural, il formule cinquante-neuf recommandations (43).

Parmi elles, nous en avons relevées certaines, liées à notre domaine, qui nous paraissent prometteuses et indispensables :

- La mise en place d'un référent au sein de chaque conseil départemental de l'Ordre des médecins pour répondre aux sollicitations de ses membres portant sur l'articulation entre le respect du secret professionnel et les obligations et facultés de signalement en cas de violences prévues par le code pénal et étendre progressivement aux autres instances professionnelles de soignants.
- La dotation de chaque département d'une structure de prise en charge globale des femmes victimes de tous types de violences, adossée à un centre hospitalier, où les plaintes pourront être recueillies, tout comme les preuves, même en l'absence de plainte, à titre conservatoire.

- La mise en place d'un dispositif permettant la gratuité des séances de prise en charge psychologique des victimes de violences intra-familiales, sous condition de ressources.
- La création d'une ordonnance d'éviction immédiate du conjoint violent prise par le procureur de la République de façon non contradictoire qui pourrait diminuer la réticence des femmes à aller porter plainte.

D'autres actions sont en cours, comme la formation des acteurs du secteur judiciaire. Dorénavant, les policiers et gendarmes ne doivent pas accepter de « main courante » pour des faits de violences intra-familiales mais doivent orienter les femmes vers le dépôt de plainte.

Le Réseau Périnatal de Nouvelle-Aquitaine (RPNA) a publié le livret que nous avons envoyé à tous les praticiens participants à notre étude (constitué de fiches de rappels sur la violence et répertorie également toutes les ressources à disposition par département). (Annexe 7)

Il est également possible d'avoir accès à ces informations via le site « déclic violence »(44).

Une communication pourrait être adressée régulièrement aux médecins généralistes. Elle pourrait contenir les ressources locales mises à jour pour leur permettre d'avoir rapidement accès à ces données. Cela pourrait renforcer leur motivation à pratiquer ce dépistage de façon systématique ou au moins régulière.

Conclusion

Notre étude semble montrer, conformément aux recommandations de novembre 2022, que le dépistage systématique se révèle efficace et permet de repérer 2,8 fois plus de patientes victimes de violences conjugales (33).

Parmi les femmes repérées grâce au dépistage systématique, nous observons une tendance à identifier des femmes d'un profil différent de celui des femmes dépistées de manière ciblée. Ces patientes sont généralement plus âgées, ont des relations de couple plus anciennes et sont plus susceptibles d'avoir des enfants.

En outre, notre étude indique que les médecins ayant participé à l'étude ont tendance à se sentir davantage à l'aise pour utiliser le questionnaire de dépistage et envisagent y avoir recours de manière régulière dans leur pratique.

Pour faciliter la mise en œuvre des recommandations visant à systématiser le dépistage et à améliorer le taux de dépistage, plusieurs perspectives sont envisageables. L'introduction du questionnaire WAST dans les recommandations de l'HAS sur le dépistage des violences pourrait offrir aux praticiens un outil facile, concret et rapide d'utilisation.

De plus, une tarification spécifique de l'acte de dépistage pourrait permettre une valorisation et une reconnaissance des compétences nécessaires à cette pratique.

Enfin, la généralisation de structures départementales, centralisant au même endroit tous les acteurs nécessaires à la prise en charge des victimes et des auteurs de violences, pourrait améliorer la coordination des soins et l'orientation des patientes.

En dernier lieu, la communication régulière aux médecins généralistes des ressources locales pourrait sensibiliser périodiquement à l'importance du dépistage, renforcer leur motivation et faciliter la prise en charge des patientes victimes de violences.

Références bibliographiques

1. Branger JG. Proposition de loi renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple : Lutte contre les violences au sein du couple. Rapport d'information sur les propositions de loi correspondantes [Internet]. 2023 avr [cité 9 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r04-229/r04-229.html>
2. Direction interministérielle de la transformation publique. Permettre aux médecins de mieux repérer les femmes victimes de violences conjugales - L'apport des sciences comportementales. 2022.
3. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
4. Morts violentes dans les couples : augmentation des homicides conjugaux en 2021 [Internet]. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/286154-augmentation-des-femicides-en-2021>
5. La Maison des femmes [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Qui sommes-nous ? | La Maison des femmes de Saint-Denis. Disponible sur: <https://www.lamaisondesfemmes.fr/je-decouvre-lmdf/qui-sommes-nous/>
6. La Maison des femmes [Internet]. [cité 16 oct 2023]. Naissance du collectif Re#start, avec Elisabeth Moreno pour marraine. Disponible sur: <https://www.lamaisondesfemmes.fr/article/naissance-du-collectif-restart-avec-elisabeth-moreno-pour-marraine/>
7. Bienvenue | Maison de Soie [Internet]. [cité 16 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.maisondesoiebrive.fr/page/1188995-bienvenue>
8. DOREY R. La relation d'emprise. *Nouv Rev Psychanal*. 1981;(n° 24):117-40.
9. Vergnes P. Comprendre l'emprise : la relation « en-pire ». [cité 27 sept 2023]; Disponible sur: <https://psychanalyse.com/pdf/COMPRENDRE%20L%20EMPRISE%20-%208%20pages%20-%20176%20Ko.pdf>
10. La mécanique des violences conjugales : cycle de la violence, emprise... | Déclic Violence [Internet]. [cité 4 déc 2022]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/p/la-mecanique-des-violences-conjugales>
11. Lebon G. *La psychologie des foules*. 1985.
12. Le contrôle coercitif : un concept essentiel dans les violences conjugales - Women For Women France [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.womenforwomenfrance.org/fr/a-propos-de-nous/actualites/le-controle-coercitif-un-concept-essentiel-dans-les-violences-conjugales>
13. Gruev-Vintila A, Toledo F. Le contrôle coercitif. Repérer les violences au sein du couple dans les interactions et le rapport de pouvoir entre l'auteur et la victime. In I. Rome & E. Martinent (Eds.), *L'emprise et les violences au sein du couple*. Paris, Dalloz. In 2021.
14. Vuetaz A. *Public Sénat*. 2023 [cité 27 sept 2023]. Violences conjugales : « le contrôle coercitif », un concept qui pourrait tout révolutionner. Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/actualites/societe/violences-conjugales-le-controle-coercitif-un-concept-qui-pourrait-tout-revolutionner>
15. Questions de genre [Internet]. [cité 16 oct 2023]. Les types de violence fondée sur le genre - Questions de genre - *www.coe.int*. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/types-of-gender-based-violence>
16. Article 132-80 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 16 oct 2023]. Disponible sur:

- https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289721#:~:text=Dans%20les%20cas%20respectivement%20pr%C3%A9vus,lorsqu%27ils%20ne%20cohabitent%20pas.
17. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple Méthode Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. [cité 14 juill 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf
 18. 2007 - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonct.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/suivi_et_orientation_des_femmes_enceintes_en_fonction_des_situations_a_risque_identifiees_-_argumentaire.pdf
 19. Katerndahl DA, Burge SK, Ferrer RL, Becho J, Wood R. Complex Dynamics in Intimate Partner Violence: A Time Series Study of 16 Women. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* [Internet]. 2010 [cité 16 oct 2023];12(4):PCC.09m00859. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2983457/>
 20. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. [cité 16 oct 2023]. De quoi parle-t-on? | INSPQ. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/de-quoi-parle-t-on>
 21. Le cycle de la violence [Internet]. *Violence Info*. [cité 4 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.violenceinfo.com/cycle-de-la-violence/>
 22. Damsa C, Lazignac C, Pirrotta R, Andreoli A. Troubles dissociatifs: aspects cliniques, neurobiologiques et thérapeutiques. *Rev Med Suisse* [Internet]. 8 févr 2006 [cité 16 oct 2023];052:400-5. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-52/troubles-dissociatifs-aspects-cliniques-neurobiologiques-et-therapeutiques>
 23. Venis S, Horton R. Violence against women: a global burden. *The Lancet* [Internet]. 6 avr 2002 [cité 14 juill 2023];359(9313):1172. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08251-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08251-X/fulltext)
 24. Jaspard M, Saurel-Cubizolles MJ. Violences envers les femmes et effets sur la sante.
 25. Salmona M. La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. *Cah Justice* [Internet]. 2018 [cité 11 oct 2023];1(1):69-87. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-de-la-justice-2018-1-page-69.htm>
 26. Jaspard M, Brown E, Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ. Reproduction ou résilience : les situations vécues dans l'enfance ont-elles une incidence sur les violences subies par les femmes à l'âge adulte ? *Rev Fr Aff Soc* [Internet]. 2003 [cité 1 sept 2023];(3):157-90. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-3-page-157.htm>
 27. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. *Rev Sage-Femme* [Internet]. déc 2007 [cité 1 sept 2023];6(4):216-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408807796475>
 28. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France: *Santé Publique* [Internet]. 15 sept 2010 [cité 14 juill 2023];Vol. 22(4):405-16. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-4-page-405.htm?ref=doi>
 29. Broutain E. Utilisation de la nouvelle recommandation HAS sur le dépistage systématique des violences faites aux femmes : Point de vue des médecins généralistes en vue de l'élaboration d'une fiche réflexe. [Internet]. Lille; 2021 [cité 4 août 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM024.pdf

30. Rapport de solutions : Encourager le repérage systématique des violences chez les femmes parmi les médecins généralistes. 2022 [Internet]. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.bi.team/wp-content/uploads/2022/11/2022-DITP-HAS-Explore-report-Encouraging-GPs-to-ask-female-patients-if-theyve-been-victims-of-IPV.pdf>
31. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cité 11 oct 2023];(7). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007007.pub3/full/fr>
32. Comment mieux repérer les femmes victimes de violences conjugales ? L'apport des sciences comportementales [Internet]. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.modernisation.gouv.fr/publications/comment-mieux-reperer-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-lapport-des-sciences>
33. Outil d'aide au repérage des violences conjugales [Internet]. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/outil_daide_au_reperage_des_violences_conjugales.pdf
34. Huart – Fourquet L. État des lieux du dépistage et de l'accompagnement de la violence conjugale par les médecins généralistes [Internet]. [LILLE]; 2020 [cité 4 août 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM430.pdf
35. Osouin J. Violences conjugales faites aux femmes : dépistage par les médecins généralistes de Saône et Loire. Etude comparative avant et après une intervention sur les violences conjugales. [DIJON]; 2022.
36. Salomon M, Baccino E, Rodrigues F. Les violences intrafamiliales : ce qu'il en est dans un cabinet de médecine générale. *Rev Médecine Légale* [Internet]. 1 mars 2021 [cité 13 sept 2022];12(1):35-44. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878652920301024>
37. Le repérage des violences conjugales en médecine générale : point de vue des femmes [Internet]. [cité 14 juill 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/synthese_enquete_bva-has_-_violences_conjugales_-_novembre_2022_-_vf.pdf
38. Guiguet-Auclair C. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales- validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le wast (woman abuse screening tool)
39. Janeiro OJ. Dépistage systématique, en médecine générale, des violences conjugales faites aux femmes.
40. Dossier_presse_demographie.pdf [Internet]. [cité 15 juill 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/dossier_presse_demographie.pdf
41. Roy AS. Recours aux outils, structures et intervenants impliqués dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des connaissances et de la pratique des médecins généralistes d'Indre et Loire. :110.
42. Je suspecte, j'identifie | Déclic Violence [Internet]. [cité 1 sept 2023]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/p/je-suspecte-jidentifie>
43. Chandler E, Vérien. Le Plan Rouge Vif [Internet]. [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/289498.pdf
44. Déclic Violence [Internet]. [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/>

Annexes


Annexe 1. Le violentomètre.....	65
Annexe 2. Information pour le recrutement	66
Annexe 3. Affiche salle d'attente	68
Annexe 4. Questionnaire pour les médecins recrutés.....	69
Annexe 5. Questionnaire phase 1	70
Annexe 6. Questionnaire phase 2	71
Annexe 7. Fiches violences (RPNA).....	72

Annexe 1. Le violentomètre

Lutter contre les violences faites aux jeunes femmes

Le violentomètre


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



VILLE DE PARIS



seine saint-denis
LE DÉPARTEMENT



93 Avenir
TOURNAIS



11e Arrondissement
Paris



ÎledeFrance

BESOIN D'AIDE ?

VIOLENCES FEMMES 1193

APPELEZ LE 3919

Appel anonyme et gratuit.

Le Tchat de
En savoir (tourais)



VIOLENTOMETRE_anl_10072019.indd 2

VIOLENTOMETRE_anl_10072019.indd 1

10/07/2019 17:36:09

PROFITE	Ta relation est saine quand il...	1
	Respecte tes décisions, tes désirs et tes goûts	2
	Accepte tes amis, amis et ta famille	3
	A confiance en toi	4
	Est content quand tu te sens épanoui	5
	S'assure de ton accord pour ce que vous faites ensemble	6
VIGILANCE, DIS STOP !	Il y a de la violence quand il...	7
	Te fait du chantage si tu refuses de faire quelque chose	8
	Rabaisse tes opinions et tes projets	9
	Se moque de toi en public	10
	Est jaloux et possessif en permanence	11
	Te manipule	12
	Contrôle tes sorties, habits, maquillage	13
	Fouille tes textos, mails, applis	14
	Insiste pour que tu lui envoies des photos intimes	15
	T'isole de la famille et de tes proches	16
	T'oblige à regarder des films pornos	17
PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE	Tu es en danger quand il...	18
	Thumile et te traite de folle quand tu lui fais des reproches	19
	"Pète les plombs" lorsque quelque chose lui déplaît	20
	Menace de se suicider à cause de toi	21
	Menace de diffuser des photos intimes de toi	22
	Te pousse, te tire, te gifle, te secoue, te frappe	23
	Te touche les parties intimes sans ton consentement	24
	T'oblige à avoir des relations sexuelles	25
	Te menace avec une arme	26

Sophie AL MARHZA | Thèse d'exercice | Université de Limoges | 2023
Licence CC BY-NC-ND 3.0

65

Annexe 2. Information pour le recrutement

RECRUTEMENT THESE VIOLENCES CONJUGALES

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse d'exercice de DES de médecine générale au sein de la faculté de Limoges, je réalise un travail sur le dépistage des violences conjugales lors des consultations de médecine générale.

Selon plusieurs études, sur 10 femmes présentes en salle d'attente, 3 à 4 seraient victimes de violences. En 2021 : **122 femmes, 21 hommes et 12 enfants** ont succombé à ces violences. Soit une femme tous les 3 jours.

Dans ce cadre, depuis 2019 l'HAS recommande la réalisation d'un dépistage **systématique** de ces violences. Ce dépistage systématique permet un repérage précoce des situations à risque, une orientation et une information sur les ressources adaptées aux besoins. Le fait de rendre « habituel » ce dépistage permet également plus abordable la discussion en consultation.

Pour cela, plusieurs outils ont été étudiés et validés. Notamment le questionnaire WAST (validé en février 2021), qui est un questionnaire de 8 questions. Un **score supérieur ou égal à 5** met en évidence **une exposition à des violences**.

Mon travail se fait 2 phases :

- Une première phase de 2 semaines (qui se déroulera du 8 au 22 janvier) : sans modification de vos pratiques.
- Une deuxième phase de 2 semaines (qui se déroulera du 23 janvier au 5 février) : toutes les femmes de plus de 18 ans qui viennent seules en consultation, qui parlent français et sans démence identifiée devront ce questionnaire WAST.

Cette étude permettra, je l'espère de prouver que l'utilisation du WAST permet de dépister des femmes à risque de violences, qui n'ont habituellement pas de plainte.

Vos données seront systématiquement anonymisées dès réception. Je ne recueille pas d'information sensible sur les patientes. Ce travail a été validé par le comité d'éthique du CHU de Limoges et par la commission de protection des données RGPD.

Je recherche donc des praticiens motivés par cette démarche de recherche.

Je fournirai à votre convenance les documents nécessaires en papier ou en version informatique. Vous aurez donc en votre possession :

- Un questionnaire de 7 questions pour déterminer les grandes lignes de votre exercice et un de 3 questions à réaliser à la fin de l'étude
- Un questionnaire concernant les éventuelles patientes victimes de violences que vous rencontreriez en phase 1
- Le questionnaire WAST pour la deuxième phase
- Une fiche récapitulative des ressources possibles dans votre département pour orienter votre patiente
- Une fiche de formation de sur les violences

- Une fiche d'information à mettre dans votre salle d'attente au moment de la deuxième phase.

Vous trouverez ci-après le questionnaire WAST.

Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

A l'adresse suivante :

Ou par téléphone au

Merci par avance pour l'intérêt que vous porterez à cette étude.

Sophie AL MARHZA

Questionnaire WAST
Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

- 1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?**
 Très tendue Assez tendue Sans tension
- 2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?**
 Très difficilement Assez difficilement Sans difficulté
- 3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?**
 Souvent Parfois Jamais
- 4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?**
 Souvent Parfois Jamais
- 5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?**
 Souvent Parfois Jamais
- 6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraité physiquement ?**
 Souvent Parfois Jamais
- 7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?**
 Souvent Parfois Jamais
- 8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?**
 Souvent Parfois Jamais

WAST : Woman Abuse Screening Tool.

2 points

1 point

0 point

Annexe 3. Affiche salle d'attente

MESDAMES,

Sur 10 patientes en salle d'attente, 2 à 3 d'entre elles ont subi ou subissent des violences au sein de leur couple.

Dans le cadre d'un travail de thèse,

VOTRE MEDECIN PARTICIPE A UNE ETUDE SUR LE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DES VIOLENCES CONJUGALES

Vous aurez donc au cours des prochaines semaines la possibilité d'être interrogées via un questionnaire validé et recommandé par l'HAS.

Aucune donnée personnelle n'est collectée.

NUMERO pour les victimes de violences : 3919 (accessible 24h/24 et 7j/7)

Sophie AL MARHZA (interne réalisant l'étude)

Annexe 4. Questionnaire pour les médecins recrutés

QUESTIONNAIRE MEDECINS RECRUTES

- Quel âge avez-vous ?
 - Avez-vous reçu une formation sur les violences conjugales (quelle que soit la forme de la formation) ?
 Oui Non
 - Connaissiez-vous l'existence du questionnaire WAST ?
 Oui Non
 - AVANT l'étude : vous sentez-vous à l'aise pour effectuer le dépistage des violences conjugales ?
 Parfaitement Moyennement Pas du tout
 - Dans quel département exercez-vous ?
 - Exercez-vous en milieu :
 Urbain Semi-rural Rural
 - De combien de patients environ est constituée votre patientèle ?
-

QUESTIONNAIRE DE FIN D'ÉTUDE

- COMBIEN DE FEMMES SONT VENUES SEULES EN CONSULTATION DURANT LA PREMIERE PHASE (non interventionnelle) ?
- APRES L'ETUDE : vous sentez vous plus à l'aise après cette étude pour aborder le sujet des violences conjugales ?
 Parfaitement Moyennement Pas du tout
- Avez-vous été surpris du nombre de femme sans plainte avec un score > ou égal à 5 au WAST ?
 Oui Non
- Pensez-vous poursuivre l'utilisation du questionnaire WAST de façon plus ou moins systématique ?
 Oui Non

Remarques :

Annexe 5. Questionnaire phase 1

QUESTIONNAIRE PHASE 1

= Phase d'observation des pratiques actuelles → du 9 au 22 janvier
A effectuer en cas de suspicion de patiente victime de violence

- **Quel est l'âge de la patiente ?**
- **Quel est son état matrimonial ?**
 Célibataire En couple Séparée récemment Non cohabitant
 Autre ?
- **Quelle est la durée de la relation ?**
 Moins d'un an 1 à 5 ans 6 à 9 ans Plus de 10 ans
- **La patiente a-t-elle une activité professionnelle ?**
 Oui Non
- **La patiente a-t-elle des enfants ?**
 Oui Non
- **Il y a-t-il une grossesse en cours ou enfant de moins d'un an ?**
 Oui Non
- **Aviez-vous connaissance d'antécédents de violence conjugale ?**
 Oui Non
- **Qu'est-ce qui vous a fait suspecter des violences ?**
- **Avez-vous réalisé un dépistage ? Si oui lequel ?**

Annexe 6. Questionnaire phase 2

QUESTIONNAIRE PHASE 2

= QUESTIONNAIRE WAST → du 23 janvier au 5 février

A effectuer SYSTEMATIQUEMENT

Patientes de 18 à 75 ans inclus, venant seules en consultation, parlant français, sans démence identifiée

- **Quel est l'âge de la patiente ?**
- **Quel est son état matrimonial ?**
 Célibataire En couple Séparée récemment Non cohabitant
 Autre ?
- **Quelle est la durée de la relation ?**
 Moins d'un an 1 à 5 ans 6 à 9 ans Plus de 10 ans
- **La patiente a-t-elle une activité professionnelle ?**
 Oui Non
- **La patiente a-t-elle des enfants ?**
 Oui Non
- **Grossesse en cours ou enfant de moins d'un an ?**
 Oui Non

WAST :

Sur les 12 derniers mois :

1. **En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?**
 Très tendue (2pts) Assez tendue (1pt) Sans tension (0pt)
2. **Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?**
 Très difficilement(2pts) Assez difficilement (1pt) Sans difficulté (0pt)
3. **Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?**
 Souvent(2pts) Parfois (1pt) Jamais (0pt)
4. **Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?**
 Souvent (2pts) Parfois (1pt) Jamais (0pt)
5. **Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?**
 Souvent (2pts) Parfois (1pt) Jamais (0pt)
6. **Votre conjoint vous a-t-il maltraitée physiquement ?**
 Souvent (2pts) Parfois (1pt) Jamais (0pt)
7. **Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?**
 Souvent (2pts) Parfois (1pt) Jamais (0pt)
8. **Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?**
 Souvent (2pts) Parfois (1pt) Jamais (0pt)

A RISQUE Si Score > ou égal à 5 TOTAL /16

Annexe 7. Fiches violences (RPNA)

1 | QU'EST CE QUE LA VIOLENCE AU SEIN DU COUPLE ?

LE CONFLIT CONJUGAL

Le conflit conjugal est un différend entre partenaires, dans un rapport d'**égalité**.

Les deux parties tentent de se convaincre mutuellement. De l'agressivité peut se manifester de part et d'autre.

La **communication** permet à chacun de donner son opinion, et chacun se sent libre de s'exprimer comme il le souhaite.



LA VIOLENCE CONJUGALE

Dans le cas de la violence conjugale, il s'agit d'un rapport de **domination** et de prise de pouvoir de l'auteur sur la victime.

La victime est sous **EMPRISE**.

Par ses paroles et son comportement, l'auteur entretient un **climat de tension** et de peur, contrôle et détruit progressivement sa/son partenaire.

2 | LES DIFFÉRENTES FORMES DE VIOLENCE

Toutes ces violences sont punies par la loi

VIOLENCES SEXUELLES

Même quand je lui dis que je ne veux pas, mon/ma conjoint(e) me force à avoir des relations sexuelles.

VIOLENCES PHYSIQUES

Quand il/elle me reproche quelque chose, mon/ma partenaire me pousse, me frappe. J'ai mal et j'ai peur.

VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES

Il/elle me dit que je suis moche et bon(ne) à rien, il/elle menace de me tuer et dit que je ne suis rien sans lui/elle.

VIOLENCES VERBALES

Dès qu'il/elle n'est pas content(e), mon/ma partenaire m'insulte.

VIOLENCES MATÉRIELLES

Quand il/elle s'énerve, il/elle jette tout dans la maison et déchire mes vêtements.

VIOLENCES ADMINISTRATIVES

Il/elle m'a pris mon passeport et ma carte d'identité, et refuse de me les rendre.

VIOLENCES ÉCONOMIQUES

Mon/ma partenaire m'interdit de travailler. Il/elle dit que c'est mieux pour moi de rester à la maison, je n'ai pas d'accès au compte bancaire.

Les infractions commises par le conjoint, concubin, partenaire ou ex, avec ou sans cohabitation sont des circonstances aggravantes ; de même que les violences conjugales commises devant un mineur (article 132-80 du CP ; article 13 loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes).

3 | LA RELATION D'EMPRISE

PAROLES DE LA VICTIME

• Je suis seul(e) et sans contact avec ma famille, mes amis
• Il/elle m'appelle constamment pour savoir où je suis

STRATÉGIES DE L'AUTEUR DE VIOLENCES

ISOLE
SURVEILLE
CONTRÔLE

• Je suis nul(le)
• J'ai honte
• Je ne vaux rien
• Il/elle m'insulte et me rabaisse quotidiennement

DÉVALORISE
HUMILIE
RABAISSE
DÉSTRUCTURE

• Personne ne me croira
• Il/elle est toujours prévenant à l'extérieur, prêt à rendre service, très apprécié(e)
• Je ne peux jamais faire mes propres choix (travail, achat, sortie...)

MANIPULE
INSÉCURISE
TERRORISE
TOUT-POUISSANT

Il/elle me dit que :
• Si j'ai fait ça, c'est parce que tu m'as poussé à bout
• Je l'ai provoqué
• Il/elle n'a rien fait et ce n'est pas grave

CULPABILISE
SE DÉRESPONSABILISE
SE VICTIMISE
MINIMISE

4 | L'EMPRISE PSYCHOLOGIQUE

L'emprise psychologique est un processus de manipulation (psychologique, physique, financière, sexuelle, etc.) qu'un individu va mettre en oeuvre pour prendre le pouvoir sur une autre personne.

L'auteur passe par 4 différentes étapes successives pour créer l'emprise.



Questionnaire :
Repérage de l'emprise
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/vademecum_final_3.pdf#page=14

5 | LE CYCLE DE LA VIOLENCE



Sources : UNICEF, Préfecture de la Région Occitanie, Direction Départementale de la Santé Publique de la Haute-Garonne

VOUS N'ÊTES PAS RESPONSABLE !

APPELEZ LE 3919 : anonyme, gratuit et non traçable

6 | EXPLIQUER LE CYCLE DE LA VIOLENCE

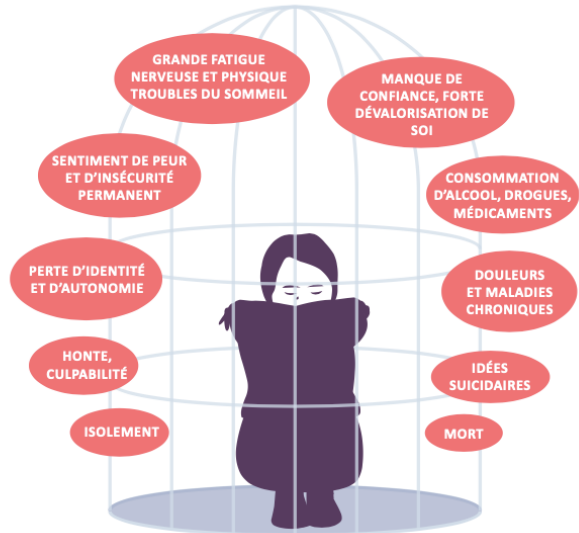


SEUL L'AUTEUR EST RESPONSABLE !

APPELEZ LE 3919 : anonyme, gratuit et non traçable

7 | CONSÉQUENCES DES VIOLENCES CONJUGALES SUR LA VICTIME

Les violences dont vous êtes ou avez été victime ont de graves conséquences sur votre santé physique et psychique ainsi que sur celle de vos enfants.



APPELEZ LE 3919 : anonyme et gratuit non traçable

10 | CONSÉQUENCES DES VIOLENCES SUR LA SANTÉ DES ENFANTS

Faire prendre conscience à la victime que les enfants sont en **DANGER**. L'exposition d'un enfant aux violences conjugales constitue une situation de **MALTRAITANCE**. Le professionnel évaluera la pertinence d'une information préoccupante et/ou d'un signalement.

0-2 ans	<ul style="list-style-type: none"> Troubles du sommeil et de l'alimentation, retard staturo-pondéral Crises et pleurs excessifs, inattention
2-5 ans	<ul style="list-style-type: none"> Plaintes somatiques, énurésie, encoprésie Troubles du sommeil, cauchemars Troubles des apprentissages : déficience des habiletés verbales et intellectuelles Troubles émotionnels et du comportement : hypervigilance, angoisse de séparation, colère, agressivité, destruction de biens, cruauté envers les animaux Troubles psychologiques : anxiété, syndrome de stress post-traumatique
5-12 ans	<ul style="list-style-type: none"> Plaintes somatiques Sentiment d'être responsable de la violence et de devoir intervenir, crainte d'être victime de violence ou abandonné, convictions stéréotypées sur les sexes Troubles des apprentissages : difficultés de concentration, mauvais résultats scolaires Troubles émotionnels et du comportement : repli sur soi, colère, agressivité, destruction de biens, comportements de séduction, manipulation ou opposition Troubles psychologiques : faible estime de soi, anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique
12-18 ans	<ul style="list-style-type: none"> Plaintes somatiques Sentiment d'être responsable de la violence convictions stéréotypées "très affirmées" sur les sexes Troubles scolaires : baisse des résultats, absences, décrochage Troubles alimentaires Troubles émotionnels et du comportement : brutalité, violences envers les personnes fréquentées Troubles psychologiques : faible estime de soi, dépression, stress post-traumatique, idées suicidaires

L'article 13 de la loi 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes aggrave notamment les sanctions encourues lorsqu'un mineur assiste aux faits de violence commis au sein du couple (ex-couple)

ALLO ENFANCE EN DANGER : APPELEZ LE 119

11 | REPÉRER LES VIOLENCES

Qui ?

- Entretien seul avec la victime**
- Pas de profil type de victime, concerne tous les milieux culturels et sociaux
 - Pas de symptomatologie spécifique

Quand ?

- Intégrer le questionnement dans l'anamnèse
- Repérage systématique** lors d'une grossesse, d'une hospitalisation, de consultations à répétition et dans les situations de handicap
- Face à des **signes d'alerte**

Comment ?

- Assurer la confidentialité
- Créer un climat sécurisant, bienveillant et empathique
- Questionner clairement et sans préjugés sur l'existence des traumatismes vécus et/ou actuels

Ex : Avez-vous déjà subi ou été témoin de violences dans votre vie ?

ÉCOUTER ET CROIRE LA VICTIME, REFORMULER SES PROPOS

Les signes d'alerte

- Troubles physiques**
Blessures, traumatismes inexpliqués, répétés, douleurs chroniques, asthénie, maladies chroniques déséquilibrées.
- Plaintes récurrentes**
Symptômes physiques chroniques inexpliqués et multiples.
- Facteurs de risques ou facteurs aggravants**
Antécédent de violences familiales dans l'enfance, séparation récente, grossesse, isolement, handicap.
- Santé sexuelle et reproductive**
Grossesses non désirées, IVG, IST répétées, dyspareunies, fausses couches, métrorragies, manques de soins prénataux.
- Troubles psychiques**
Dépression, état de stress post traumatique, anxiété, trouble du sommeil, idées et tentatives de suicide, addictions, troubles du comportement alimentaire.
- Comportement inadapté**
De la victime : consultations fréquentes, retard ou oublis de RDV, problèmes d'observance, incohérence dans le récit.
Du/de la partenaire : omniprésent, intrusif, agressif.
Des enfants : repli sur soi ou hyperactivité, troubles alimentaires, troubles du sommeil, douleurs répétées, rupture scolaire, actes délictueux, mise en péril de soi.

12 | REPÉRER LE PSYCHO-TRAUMATISME

Un évènement traumatique peut avoir des conséquences importantes dans la vie quotidienne d'un sujet, tant dans l'immédiat que dans le long terme. Il est important de repérer ces différentes réactions afin de prendre en charge au plus tôt la victime et lui éviter de subir les conséquences néfastes du psychotraumatisme alors même que le danger est écarté.

L'ÉVÈNEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUE

- **Confronte le sujet**
 - à une menace pour son intégrité physique et psychique
 - au réel de la mort
 - au spectacle de la mort horrible
- **Est générateur de stress**
- **Implique des réactions émotionnelles et des comportements d'urgence**
 - adaptés ou inadaptés
 - éphémères et sans séquelle
 - ou à l'origine de symptômes pouvant évoluer jusqu'au trouble de stress post traumatique

SYMPTOMATOLOGIES POSSIBLES

48-72H	72H À 1 MOIS	AU DELÀ D'UN MOIS
STRESS ADAPTÉ OU STRESS DÉPASSÉ <ul style="list-style-type: none"> • stress adapté • stress dépassé <ul style="list-style-type: none"> - sidération - agitation - fuite panique - actes automatiques • décompensations états préexistants 	ÉTAT DE STRESS AIGU* <ul style="list-style-type: none"> • symptômes <ul style="list-style-type: none"> • d'activation • d'évitement • dissociatifs (dont amnésie) • d'intrusion • d'humeur négative 	TROUBLES DE STRESS POST TRAUMATIQUE* <ul style="list-style-type: none"> • reviviscence • évitement • humeur négative • hyperréactivité • Comorbidité possible sur du long terme <i>cf. Fiche 8</i>

*Selon les critères du DSM-5

13 | ATTITUDE DU PROFESSIONNEL FACE À LA VICTIME DE VIOLENCES

STRATÉGIE DE L'AUTEUR DES VIOLENCES

ATTITUDE DU PROFESSIONNEL

ISOLE SURVEILLE CONTRÔLE

ÉCOUTER ET CROIRE LA VICTIME

- Sortir la victime de l'isolement
- L'aider à repérer qui peut la soutenir, l'accompagner (proches, professionnels)
- Donner un prochain RDV

DÉVALORISE HUMILIE RABAISSÉ DÉSTRUCTURE

VALORISER LA VICTIME

- La féliciter pour les démarches entreprises
- Souligner son courage pour parler des violences
- Valoriser ses capacités au niveau familial, professionnel, etc.

INSÉCURISE TERRORISE TOUT-POISSANT MANIPULE

SÉCURISER LA VICTIME ET EXPLIQUER LE MÉCANISME DES VIOLENCES

- L'aider à comprendre les stratégies de l'agresseur
- Chercher avec elle des allié-e-s
- Réfléchir avec elle à un plan de sécurité
- L'informer des dispositifs de protection des victimes de violences

CULPABILISE SE DÉRESPONSABILISE SE VICTIMISE MINIMISE

ATTRIBUER L'ENTIÈRE RESPONSABILITÉ DES VIOLENCES À L'AUTEUR DES FAITS

- Lui signifier que les violences sont interdites par la loi, et seul l'agresseur en est responsable
- Requalifier avec elle les actes de violence subis

14 | ÉVALUATION DE LA SITUATION DE LA VICTIME

ÉCOUTER SES BESOINS / SES PRÉOCCUPATIONS / SA DEMANDE



*Questionnaire :
Repérage du danger
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/vademecum_final_3.pdf#page=13

15 | AGIR EN FONCTION DE LA SITUATION DE LA VICTIME

RESPECTER LE CHOIX ET LA TEMPORALITÉ DE LA VICTIME TRAVAILLER EN RÉSEAU S'ASSURER DU SUIVI DE LA VICTIME

ALERTE ET PROTÉGER*

- En fonction de la vulnérabilité de la victime
- En fonction de la gravité des faits (**voir fiche 16*)

SOIGNER

- Traiter les troubles somatiques et psychologiques
- Examens complémentaires si besoin

INFORMER

- La loi interdit la violence
- Droit de porter plainte
- La responsabilité unique de l'auteur
- Les mécanismes de la violence
- Les conséquences sur la santé et sur les enfants
- Les aides judiciaires, associatives, sanitaires

CONSTITUER UN DOSSIER EXPLOITABLE

- Établir systématiquement le certificat médical de constatation, déterminer l'ITT si possible (*voir fiche 18*)
- Arrêt de travail
- Attestation professionnelle

CONSEILLER UN PLAN DE SÉCURITÉ

- Identifier les lieux et les personnes ressources
- Mettre en sécurité les documents importants
- Préparer un sac avec des vêtements et de l'argent
- Apprendre aux enfants à se mettre en sécurité (pièce, voisins) et les numéros d'urgence

ORIENTER

- Remettre les numéros utiles (carte 3919)
- Urgences des établissements de santé
- Police/gendarmerie pour dépôt de plainte
- Prise en charge médico-psychosociale adaptée par des professionnels spécialisés
- Structures et associations spécialisées dans l'aide et l'écoute aux victimes, conseils juridiques, prise en charge adaptée

16 | ALERTER



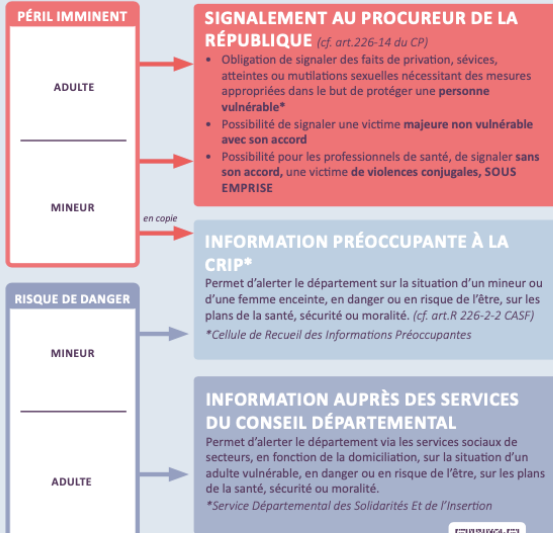
Privilégier l'accord de la victime

La loi autorise le professionnel à dénoncer les violences sans l'accord de la victime en cas de :

- Péril imminent caractérisé par gravité (fiche 14), imminence et constance
- Violences exercées sur une personne vulnérable*

* La personne vulnérable est définie comme une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse. (cf. article 434-3 du CP)

Toujours informer la victime des démarches entreprises



NUMEROS UTILES PAGE 20

Formulaire pour signaler au procureur de la république, une victime sous emprise : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/vademecum_final_3.pdf#page=5



17 | CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL



Qu'est-ce que c'est ?

- Constat médical qui atteste de tous types de violences, subies par une personne
- Certificat descriptif, détaillé et objectif
- Établi par tout médecin, sage-femme ou chirurgien-dentiste

Le CMI ne dispense pas de réaliser un arrêt de travail, un signalement, une Information Préoccupante.

Comment le rédiger ?

- Ne pas interpréter les dires du patient
- Ne pas citer nominativement de tierce personne
- Ne mentionner que des éléments médicaux personnellement constatés
- Ne pas affirmer d'imputabilité (mécanisme lésionnel ou troubles psychiques)

- Sur papier à en-tête ou formulaire pré-rempli *
- Identité du professionnel et du patient, date et heure de l'examen
- Relater les faits au conditionnel ou entre guillemets
- Rapporter les plaintes exprimées par le patient, physiques ou psychologiques
- Décrire toutes les lésions : taille, forme, localisation, couleur, douleur à la palpation, mobilité articulaire...
- Schémas/photos identifiables (visage) et datées des lésions
- Résultats des examens paracliniques réalisés
- Noter les conséquences des lésions ainsi que leur retentissement fonctionnel et psychique : durée d'immobilisation, d'arrêt de sport, de travail, d'ITT*
- Noter : « Attestation remise en mains propres »
- Signature manuscrite, n° RPPS (tampon)

*https://www.has-sante.fr/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences



Conserver 1 exemplaire CMI dans le dossier médical

20 | NUMÉROS UTILES TERRITOIRE LOCAL HAUTE-VIENNE



POUR PORTER PLAINTE, SIGNALER ET ALERTER

Tout commissariat de police ou gendarmerie nationale ☎ 17 - 112 numéro européen d'appel d'urgence

Procureur de la République plainte par courrier Tribunal judiciaire, 23 place Winston Churchill 87000 LIMOGES

Cellule départementale des informations préoccupantes Par écrit : 11, rue François Chénieux - CS 83112, 87031 LIMOGES CEDEX 1 ☎ 05 44 00 11 84

Intervenante sociale au commissariat de Limoges ☎ 06 88 06 32 92

Intervenant social en gendarmerie ☎ 06 70 84 82 72 ou 05 55 04 52 13

POUR L'HÉBERGEMENT

SAO Service Intégré d'accueil et d'Orientation. 71/7 24H/24 ☎ 05 55 79 89 03

ACCUEIL - ÉCOUTE - ACCOMPAGNEMENT - ASSOCIATIONS

ARSJ Référént violence, accueil de jour ☎ 05 55 79 89 03

Consultation médico-légale ☎ 05 55 05 80 74

POUR LES QUESTIONS JURIDIQUES

CIDFF Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles ☎ 05 55 33 86 00

Conseil départemental d'accès aux droits ☎ 05 87 19 35 94

Association France Victimes 87 ☎ 05 55 32 68 10

Bureau d'aide aux victimes ☎ 05 87 19 34 00

POUR LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE SPÉCIALISÉ

Unité de victimologie ☎ 05 55 43 13 33

Psychiatres libéraux spécialisés <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

Psychologues libéraux

CMP Van Gogh Soins spécialisés en psychotraumatologie ☎ 05 55 43 13 33

CH Esquirol Soins spécialisés en psychotraumatologie ☎ 05 55 43 13 33

POUR LES QUESTIONS LIÉES À LA VIE AFFECTIVE ET À LA SEXUALITÉ

Association du Planning familial ☎ 06 44 96 43 86

CPEF Centre de Planification et d'Éducation Familiale

• CPEF Hôpital mère-enfant ☎ 05 55 05 61 32

• CPEF Place des Carmes ☎ 05 55 14 13 12

• CPEF CH Saint-Junien ☎ 05 55 43 50 00

• CPEF CH Saint-Yrieix-La-Perche ☎ 05 55 75 76 16

POUR L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES VICTIMES

CCAS Se rapprocher des mairies

Service social du département ☎ 05 44 00 15 29

Maison du Département, Conseil départemental travailleurs sociaux et médico-sociaux



[https://www.haute-vienne.fr/nos-actions/trouvez-votre-maison-du-departement?search\[filters\]=%7B%7D&search\[page\]=0&search\[tab\]=map&q=](https://www.haute-vienne.fr/nos-actions/trouvez-votre-maison-du-departement?search[filters]=%7B%7D&search[page]=0&search[tab]=map&q=)

AUTO-QUESTIONNAIRE

21 | SUIS-JE CONCERNÉE PAR LA VIOLENCE CONJUGALE COMME 1 FEMME SUR 10 ?

	OUI	NON
"Je n'aime pas que tu fréquentes tes collègues de travail"		
"Si tu m'aimes, ne va pas à ton rendez-vous"		
Il/elle décide comment je dois m'habiller		
Il/elle me donne des ordres		
Il/elle me rabaisse, dit que je ne suis bon(ne) à rien		
Il/elle m'insulte ou crie après moi		
Il/elle prend tout ce que je gagne		
Il/elle m'interdit de travailler		
Il/elle veut toujours savoir où et avec qui je suis		
Il/elle m'empêche de voir mes proches		
Il/elle m'interdit de sortir seul(e)		
Il/elle m'enferme à la maison		
Il/elle me dit que si je pars, il/elle se suicide		
Il/elle menace de me frapper ou de me tuer		
Il/elle frappe dans les murs, dans les portes		
Il/elle casse des objets de la maison, détruit mes affaires		
Il/elle me secoue ou me pousse brutalement		
Il/elle me gifle, me pince, me tord le bras		
Il/elle me donne des coups de poing, des coups de pied		
Il/elle me force à avoir des rapports sexuels quand je ne le souhaite pas		
Il/elle me contraint à des pratiques sexuelles qui m'humilient		

SOS Violences Conjugales en Corrèze



Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces affirmations, vous êtes peut-être concerné(e).

22 | NUMÉROS UTILES HAUTE-VIENNE



En cas d'urgence

Brigade de Gendarmerie et Commissariat **17** ou **112**

Service des urgences **15**

Appel d'urgence pour sourd et malentendants **114**

Pour la recherche d'hébergement

CHRS Augustin-Gartempe

05 55 79 89 03

Service social **115**

Pour porter plainte

Gendarmerie ou Commissariat

Procureur.e de la République

(par courrier)

No d'appel national anonyme et gratuit

☎ **3919**

Conseil départemental d'accès aux droits

☎ **05 87 19 35 94**

ARSL : Accueil de jour Mots pour Maux

☎ **05 55 79 89 03**

Planning Familial

☎ **06 44 96 43 86**

France victime **87**

☎ **05 55 32 68 10**

Conseil départemental : Service social

☎ **05 44 00 15 29**

Association WIFE

☎ **06 28 29 18 20**

Unité de victimologie

☎ **05 55 43 13 33**

Centre d'information sur les droits des femmes et des familles

☎ **05 55 33 86 00**

stop-violences-femmes.gouv.fr

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Dépistage systématique des violences conjugales en médecine générale en 2023 : étude comparative avant/après l'utilisation du questionnaire WAST

Introduction – Une femme sur dix aurait été victime de violences conjugales durant l'année écoulée. L'objectif de ce travail est de comparer le nombre de femmes repérées comme victimes de violences conjugales en pratique courante versus le nombre de femmes repérées lorsqu'un dépistage systématique est effectué avec le questionnaire WAST.

Matériels et méthodes – Nous avons réalisé une étude «quasi-expérimentale avant / après» prospective, longitudinale, multicentrique auprès de médecins généralistes de quatre départements français.

Résultats – Seize médecins ont vu 868 femmes en consultation. Lors de la première phase (pratique courante) 3,9% des femmes sont identifiées victimes contre 11,1% en seconde phase (avec le dépistage systématique). Notre étude semble montrer que le dépistage systématique permet de repérer 2,8 fois plus de patientes victimes de violences conjugales. Les femmes repérées grâce au dépistage systématique, sont plus âgées, ont des relations de couple plus anciennes et sont plus susceptibles d'avoir des enfants. Notre étude indique que les médecins ayant participé à l'étude se sentent davantage à l'aise pour utiliser le questionnaire de dépistage et envisagent y avoir recours de manière régulière dans leur pratique.

Discussion – Le questionnaire WAST est un outil rapide et facile d'utilisation mais perfectible. Notre étude a une bonne validité externe car elle a permis de dépister 11,1% de femmes victimes, ce qui correspond au chiffre de violences fourni par l'enquête ENVEFF.

Conclusion – L'utilisation du dépistage systématique des violences par le questionnaire WAST permet de repérer 180% de patientes de plus qu'en pratique courante.

Mots-clés : Violences conjugales, violences faites aux femmes, questionnaire WAST, dépistage systématique, médecine générale, dépistage systématique, emprise, contrôle coercitif

Systematic screening of domestic violence in general medicine in 2023 : a comparative study before/after the use of WAST questionnaire

Introduction – One in ten women may have been victims of domestic violence in the past year. The aim of this study is to compare the number of women identified when systematic screening is conducted using the WAST questionnaire.

Material and Method – We conducted a prospective, longitudinal, multicenter “quasi-experimental before/after” study involving general practitioners from four French departments.

Results – Sixteen doctors saw 868 women in consultation. In routine practice, 3.9% of women were identified as victims, compared to 11.1% with systemic screening. Our Study demonstrates that systematic allows for the identification of 2.8 times more female victims of domestic violence. Women identified through systematic screening tend to be older, have longer-lasting relationships, and are more likely to have children. Our study indicates that the doctors who participated in the study feel more comfortable using the screening questionnaire and intend to use it regularly in their practice.

Discussion – The WAST questionnaire is a quick and easy-to-use tool but can be improved. Our study has good external validity as it identified 11.1% of female victims, which corresponds to the domestic violence figure provided by the ENVEFF survey.

Conclusion – The use of systematic domestic violence screening with the WAST questionnaire allows for the identification of 180% more patients than in routine practice.

Keywords : Domestic violence, violence against women, WAST questionnaire, systematic screening, general practice, coercive control.

