



HAL
open science

**Dépistage des violences conjugales pendant la grossesse :
Étude de faisabilité du questionnaire WAST -fr en
consultation ambulatoire pendant la grossesse en
Gironde**

Bénédicte Guillou

► **To cite this version:**

Bénédicte Guillou. Dépistage des violences conjugales pendant la grossesse: Étude de faisabilité du questionnaire WAST -fr en consultation ambulatoire pendant la grossesse en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03143443

HAL Id: dumas-03143443

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03143443>

Submitted on 16 Feb 2021

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

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

Année 2021

Thèse n°9

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par GUILLOU Bénédicte, Charlotte, Julianne
Né(e) le 15 janvier 1991 à BORDEAUX
Le 4 Février 2021

**DÉPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES PENDANT LA
GROSSESSE :**
**Étude de faisabilité du questionnaire WAST-fr en consultation
ambulatoire pendant la grossesse en Gironde**

Sous la direction de Madame le Docteur Isabelle VEAUX

Membres du jury :

Monsieur le Professeur JOSEPH Jean-Philippe
Monsieur le Professeur ADAM Christophe
Monsieur le Docteur PROTHON Emmanuel
Madame le Docteur CAUMONT Maïté
Madame le Docteur VEAUX Isabelle

Président
Rapporteur
Examineur
Examineur
Examineur

« Je suis un nouveau-né de la violence conjugale, celle qui ne s'entend pas, qui ne se voit pas, celle qui détruit à bas bruit et qui altère, dès les premiers instants, un corps immature, « en devenir », comme on dit. En devenir de quoi ? D'une naissance prématurée ? D'un handicap ? D'une mort in utero ? Pourquoi, lors des sept consultations prénatales obligatoires, personne n'a demandé à ma future mère si elle subissait des violences conjugales, tels des coups, des insultes, des humiliations, alors qu'on l'a à maintes reprises questionnée sur sa consommation éventuelle de tabac, d'alcool et de substances illicites ? Là, tolérance zéro – et c'est tant mieux. Mais les coups, les pleurs, les traumatismes, tout est permis, il en est peu qui osent poser une telle question. Oubliés, ces nourrissons-là, traumatisés à vie ces bébés-là ?! L'omerta... toute grossesse est évidemment bienheureuse. »

Chantal Zaouche-Gaudron (1)

Remerciements

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur JOSEPH Jean-Philippe, je vous remercie d'avoir accepté de présider cet énième jury de thèse. Merci également pour votre investissement auprès du Département de Médecine Générale et auprès de tous les internes de médecine générale.

Monsieur le Professeur ADAM Christophe, je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Merci de votre rapidité, de vos remarques pertinentes. Merci du soutien apporté aux internes et au Département de Médecine Générale et de votre dévouement auprès des plus fragiles.

Monsieur le Docteur PROTHON Emmanuel, je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury et de votre implication auprès des internes de médecine générale .

Madame le Docteur CAUMONT Maïté, je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Merci de votre implication dans la problématique des violences conjugales et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Madame le Docteur VEAUX Isabelle, je te remercie infiniment pour ton soutien, tes conseils, ton temps dédié à ce projet, à tes recherches pour l'étoffer. Merci aussi pour ton travail du quotidien, ta vision du métier, de ton aide et de ta bienveillance auprès de tes petits patients parfois trop vulnérables.

A tous ceux qui ont participé à ce projet :

Aux professionnels opérateurs ayant accepté de participer, merci de l'intérêt porté à ce sujet dur et complexe. Merci d'avoir pris sur votre temps, personnel et professionnel, pour essayer d'avancer sur cette problématique majeure et largement sous-estimée.

Laurence Toullec, merci de ton soutien dès les débuts de ce travail, alors qu'il n'était encore qu'au stade embryonnaire. Merci d'avoir cru en ce projet. Merci pour tes références et ta pédagogie. Tu m'as appris que le soin n'est performant que dans la pluridisciplinarité. Tu m'as fait comprendre que le lien entre professionnels de santé est indispensable dans la prise en charge des patients, et encore plus lorsqu'il y a des vulnérabilités. Je suis fière d'avoir croisé ta route. Merci de former encore et encore les internes. Ton point de vue est nécessaire dans l'apprentissage de notre profession.

Alexandra, 28 ans d'amitié et tu fais maintenant partie de notre famille ! Merci pour ton soutien, tes relectures tardives et le temps que tu y as passé. Désolée pour ma virgule aigüe, j'espère que ça se soigne bien...

Jean-Baptiste, thank you, you are my google translate :)

Laura, mon SOS-psy quand l'avis de secteur ne me convient pas, merci pour tes commentaires judicieux.

A ma famille :

Maman, on forme un joli tandem depuis maintenant 30 ans. Aussi fusionnel qu'indépendant. Je suis admirative de ton parcours, et ce depuis l'enfance, de ta force intérieure. Merci de ton soutien sans faille, de tes conseils avisés, de ta motivation régulière. Tu m'as appris la persévérance, la justesse, l'exercice..dans la sévérité et dans l'amour. Tu es un personnage atypique mais néanmoins plus qu'attachant et indispensable à ma vie, à notre vie à tous les trois. Tu rayannes dans ton rôle de Mamie ! Merci infiniment de ta disponibilité à toute heure et de la passion portée à ta petite fille.

Sarah, Anaïs, Thierry et Sylvie, Alexis, Nadine et Armand, merci d'être là et d'être vous même ! Vous me manquez énormément dans cette période particulière. J'espère que nous pourrons à nouveau profiter de vous très vite.

Ma belle-famille, merci de m'avoir si bien accueillie dès le départ. Merci pour tous ces moments partagés. Merci Élisabeth et Christian de vous occuper tendrement de notre « Poulette ». Adèle a de la chance d'avoir tant de cousins !

A toutes ces belles rencontres de la P1 à l'internat :

Mag et Clém, après tant d'années, arriver à se voir aussi régulièrement est un exploit ! Gardez votre bonne humeur ! Encore de nombreux repas plein de rires nous attendent.

Camille, Marie on est si près mais on ne se voit pas assez. Il faut vraiment qu'on se démène pour papoter plus souvent...

Adeline, tu es loin mais toujours dans mes pensées. Merci de nous avoir fait découvrir ton île. Hâte de te revoir malgré ce foutu virus.

Thibaud et Cécile, notre amitié m'est précieuse. Vous êtes des cuisiniers hors-pairs ! Continuez, on se régale à chaque fois ! C'est un plaisir de vous voir si assidûment.

A mes co-internes pendant ces trois belles années.

A mes Maîtres de stage, hospitaliers et ambulatoires, merci de m'avoir transmis votre savoir, vos pratiques, vos astuces. Je pense fréquemment à vous. Merci de m'avoir donné des visions différentes de la médecine générale afin d'affiner mes choix d'exercice.

Au Cabinet Médical de la House

Julien, Maëlle, Laurence et plus récemment Jean-Charles, sans oublier Sandra et Anne Hélène. Merci de m'avoir donné ma chance pour ce premier rempla de Noël, puis celui plus long l'année d'après. Merci de m'avoir proposé de rester encore de nombreuses années. J'apprends tous les jours à vos côtés, vous êtes très inspirants. Je suis admirative de l'ambiance de travail que vous avez créée. Vos patients ont de la chance de vous avoir comme médecin.

Aux amis de toujours

Les Ch's et les +1 : Que dire ? Beaucoup d'années passées ensemble ! Trop de souvenirs ! Merci pour tous ces moments de jeux, de voyage, de rires et d'émotions. Merci pour votre fidélité, vos personnalités différentes mais complémentaires, vos avis divergents mais qui permettent de longues discussions intéressantes. Malgré les années nous sommes toujours aussi soudés. Et plus particulièrement à Camille et Marie merci de votre soutien indéfectible dans les bons moments mais surtout dans les épreuves.

Les Amis de mes Amis : Merci pour tous ces moments partagés, ces WE prolongés et ces découvertes de jeux. C'est vrai qu'on joue moins maintenant mais on va se rattraper ! Et à quand la prochaine raclette ?

Les Poulets, merci de m'accueillir parmi vous depuis 10 ans !

Sarah, Jade et Aurélie, « Loin des yeux mais près du cœur ».

Diane, Vincent, Lana et ma filleule Noa. Les kilomètres nous séparent et j'aimerais tant vous voir plus souvent !

A Manu

Merci d'être à mes côtés depuis maintenant dix ans. Moi qui pensais être forte et indépendante, tu as su me prouver que la vie est mieux quand elle est partagée, que le bonheur de rendre l'autre heureux est immensément plus satisfaisant. La vie à tes côtés est colorée, brillante et mouvementée. Les épreuves vécues avec toi ont été dures, mais elles valaient tellement le coup. Nous traverserons toutes les autres à deux, à trois ou plus...

Merci pour ce vilain virus et cette quatorzaine qui aura au moins eu le mérite d'une semaine isolée à trois et de booster la rédaction de cette thèse !

Mon Adèle

Tu as bientôt un an maintenant, que le temps passe vite ! Je suis si fière d'être ta maman, toi qui es douce, câline, coquine, joyeuse et souriante. Les doutes, l'attente et la peur de ces longues années sans toi se sont estompés le jour où on a su que tu allais t'installer avec nous. Et tout cela s'est presque effacé de nos mémoires le 9 février, ce dimanche où tu as posé pour la première fois ton regard sur nous. J'espère être à la hauteur pour te donner toutes les clés afin de t'en sortir dans cette vie, qui peut parfois ne pas être un long fleuve tranquille...

Table des matières

Remerciements	3
Liste des abréviations	6
I. Introduction	7
1. Contexte de l'étude.....	7
A. La violence au sein du couple.....	8
B. La grossesse et le fœtus.....	11
C. Le post-partum et le nouveau-né.....	14
D. L'enfant qui se construit	15
2. Outils de dépistage.....	16
A. Le questionnaire WAST	16
B. Les autres outils de dépistage.....	18
a) Pendant la grossesse.....	18
b) Hors grossesse.....	19
C. dépistage systématique ou ciblé ?	19
D. Quand dépister ?	20
E. Comment dépister ?	20
3. Situation à l'étranger	21
4. Rôle du professionnel de santé.....	22
A. Dans sa formation	23
B. Dans le repérage	23
C. Dans l'évaluation	24
D. Dans l'action et l'orientation.....	25
E. D'un point de vue des patients.....	26
F. Les freins au dépistage	27
II. Matériel et méthodes	28
1. Recherche documentaire	28
2. Type d'étude	29
3. Population	30
4. Questionnaires	30
5. Critère de jugement.....	30
6. Réalisation de l'enquête	31
A. Recrutement des professionnels	31
B. Collecte et analyse des données	31
III. Résultats.....	32
1. participation à l'étude	32
2. Réalisation des questionnaires	32
3. Résultats des questionnaires.....	33
A. Questionnaire « Patiente ».....	33
B. Questionnaire « WAST »	36
C. Questionnaire « professionnel de santé ».....	38
IV. Discussion	39
1. De l'étude	39
A. Apports	39
B. Limites	40
2. Des résultats	41
3. Réflexions.....	42
V. Conclusions	43
Bibliographie.....	44
Annexes.....	49
Annexe 1 : Questionnaire WAST-Fr.....	49
Annexe 2 : Questionnaire « Patiente ».....	50
Annexe 3 : Questionnaire « Professionnel de santé ».....	52
Annexe 4 : Fiche ressources.....	55
Annexe 5 : Explication de l'étude.....	56
Résumé	58
Abstract.....	59
Serment d'Hippocrate	60

Liste des abréviations

ARI : Abuse Risk Inventory

ALPHA : Antenatal psychosocial health Assessment

CAUVA : Centre d'Accueil en Urgence de Victimes d'Agression

CMP : Centre Médico-Psychologique

CVS : Cadre de Vie et Sécurité

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

EPP : Entretien Prénatal Précoce

ESG : Enquete Sociale Générale

FNSF : Fédération Nationale de Solidarité des Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil de l'Egalité

IST : Infection Sexuellement Transmissible

ITT : Interruption Temporaire de Travail

MIPROF : Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes victimes de violences (et la lutte contre la traite des êtres humains).

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SA : Semaines d'Aménorrhée

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

WAST : Woman Abuse Screening Tool

I. Introduction

1. Contexte de l'étude

Les violences faites aux femmes sont encore trop présentes dans nos sociétés, avec en 2018 selon le Ministère de l'Intérieur, 121 femmes tuées par leur partenaire sur les 180 victimes tuées dans le cadre de violences au sein du couple (dont 21 enfants et 28 hommes)(2).

Nous prendrons la définition de la violence à l'égard des femmes et des filles, d'après la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes publiée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1993 (3) : « *tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.* »

Parmi toutes les violences faites aux femmes, la violence conjugale est la plus représentée. Déjà, en l'an 2000, une première étude mondiale menée par l'OMS montrait qu'entre 13 % et 61 % des femmes avaient subi des violences physiques d'un partenaire intime (4). Lorsqu'il y a des enfants dans le foyer, ils sont témoins directs des violences à hauteur de 60% du temps et trop souvent eux aussi victimes collatérales. Les enquêtes au niveau mondial donnent à penser que la violence physique dans les relations intimes s'accompagne souvent de violence psychologique et, dans 30 à 50% des cas, de violence sexuelle.

Les violences conjugales faites aux femmes ont des conséquences importantes sur leur santé ainsi que celle de leurs enfants qui en sont témoins. Elles sont à l'origine d'une majoration de la consommation de soins (consultations, examens complémentaires, traitements, passages aux urgences, suivis psychiatriques, ainsi qu'hospitalisations et même interventions chirurgicales) (5). Les femmes qui ont été victimes de violences entre partenaires intimes sont plus susceptibles d'être globalement en moins bon état de santé. Leurs enfants seront aussi touchés, notamment par une plus grande susceptibilité d'avoir des difficultés scolaires et d'autres conséquences sur lesquelles nous reviendrons. La violence par partenaire intime déclenche des maladies bien identifiées mais aussi bon nombre de symptômes ou de maux auxquels on ne trouve pas de cause médicale identifiable, comme le syndrome du côlon irritable, la fibromyalgie, les troubles gastro-intestinaux et d'autres syndromes de douleur chronique (4).

Nous n'allons pas définir ici le cycle des violences conjugales ni exposer leurs mécanismes. La violence conjugale est un phénomène qui touche un nombre conséquent de femmes avec un retentissement important au niveau sociétal. C'est donc un problème de santé publique, qui peut se mesurer en coûts, autant humains que financiers, si on considère la charge liée aux soins (médicaux et paramédicaux des problèmes physiques et psychiques), les incapacités physiques, les absences au travail, les frais de justice, mais aussi les dépenses publiques (campagne de sensibilisation, frais de santé, de protection). Les coûts annuels de la violence à l'égard des femmes perpétrée par leurs partenaires intimes sont de l'ordre de centaines de millions d'euros par pays européen (6).

Comme tout problème de santé publique, il convient de le dépister. En 2019, l'HAS publie un guide des recommandations de bonne pratique sur le repérage des violences au sein du couple (7). La période de la grossesse y est décrite comme un moment propice au dépistage. La femme enceinte aura dans l'idéal, un suivi médical régulier avec des consultations mensuelles, 3 échographies obstétricales, des cours de préparation à la naissance, permettant un contact plus fréquent avec les acteurs du soin périnatal (sage femme, médecin généraliste ou spécialiste) et l'orientation par le professionnel vers des acteurs du sanitaire et social (psychologues, psychiatres, assistants sociaux, associations...) s'il le juge nécessaire.

Outre-Atlantique, le Canada publie dès 1999, des statistiques de grande ampleur sur les violences entre partenaires intimes, avec l'Enquête Sociale Générale (ESG) (8). On peut retrouver l'équivalent en France avec l'ENVEFF publiée en 2000, où 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans ont été interrogées sur la notion de violences conjugales survenues au cours des 12 derniers mois (9). Ce n'est qu'en 2016 qu'apparaît la notion de violence conjugale pendant la grossesse dans les enquêtes françaises de grande ampleur telle que l'Enquête Nationale de Périnatalité (10). La recherche de violence y est amorcée par une seule question fermée, d'après un auto-questionnaire plus général, sous-évaluant très certainement la part des femmes victimes de violences conjugales. 1,7% des répondantes ont rapporté avoir subi des violences physiques pendant la grossesse, sans distinguer la violence conjugale de la violence par autrui et sans prendre en compte les autres aspects de la violence (sexuelle, psychologique).

Cette période charnière de la grossesse est aussi une période d'instabilité émotionnelle, physique qui provoque un bouleversement psychique nécessaire et naturel dont le but final est de préparer la femme à s'occuper de son enfant (11). L'état de grossesse est maintenu et se développe par un ajustement hormonal (œstrogène, progestérone, prolactine, ocytocine). Ces hormones vitales qui augmentent pendant la grossesse ont un impact sur la fonction immunitaire ainsi que sur le comportement maternel afin de développer des liens appropriés entre la mère et l'enfant (12). Aussi, cette période délicate peut être le facteur déclenchant ou aggravant des violences conjugales (13).

Nous sommes, en comparaison aux Anglo-saxons, un peu en retard sur tout le schéma de soins concernant les violences conjugales : dépistage, évaluation, soutien, orientation et traitement. Il apparaît difficile pour le médecin généraliste d'aborder le sujet, si la patiente ne présente aucun signe évocateur (14). Encore faut-il savoir qu'il n'y a pas un seul signe évocateur mais un cortège de symptômes ou de présentations différentes. S'il existe bien sûr des signes évocateurs, il faudrait cependant dépister, avant même d'avoir ces signes d'alerte.

Voilà pourquoi nous nous intéresserons plus particulièrement à la période charnière de la grossesse, cette étape si importante dans le développement de la future mère et de l'enfant à naître.

A. La violence au sein du couple

Les premiers rapports concernant les violences conjugales sont basés sur les chiffres de la police et de la justice (15), comme le rapport de l'observatoire national de la délinquance en 1998, un paragraphe parmi tous les autres faits de criminalité (16). L'ENVEFF est la première enquête française à grande échelle réalisée dans un but de santé publique. Elle a été réalisée entre mars et juillet 2000 sur un échantillon représentatif de 6 970 femmes de France Métropolitaine âgées de 20 à 59 ans. (17) Les résultats montraient déjà que sur les 12 derniers mois, 4% des femmes avaient subi des agressions verbales de la part de leur conjoint, 23,5% des pressions psychologiques, 2,3% des agressions physiques et 0,8% des viols ou actes sexuels imposés. Dans l'enquête CVS publiée en 2012, 2,5 % des femmes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles intra-ménage (soit 567 000 femmes) et parmi elles 10,5 % étaient enceintes.

Dans l'étude de 2016 sur les morts violentes au sein du couple, on dénombre 146 décès (dont deux femmes enceintes) se décomposant en 139 homicides volontaires dont 80 sans préméditation (62 femmes, 18 hommes), 59 meurtres avec préméditation (53 femmes, 6 hommes) et 7 faits de violence ayant entraîné la mort sans intention de la donner (18). Aussi, 15 enfants ont été témoins

de la mort du conjoint et pour 11 des crimes, c'est un enfant qui a appelé les secours. Les morts violentes dans le couple représentent 15,49 % du total des homicides.

Les causes d'apparition ou d'aggravation principales de ces violences, telles qu'évoquées par les femmes dans ce rapport sont, par ordre de fréquence :

- x La séparation ou le divorce
- x Les disputes
- x La consommation d'alcool chez l'auteur (présence d'alcool dans le sang de l'auteur dans 22% des affaires, et dans le sang des 2 membres du couple dans 13% des cas)
- x La présence d'enfants
- x La grossesse

Plus récemment les résultats de l' « *Étude nationale relative aux morts violentes au sein du couple* » parus en 2019 recensent 149 personnes qui sont décédées sous les coups de leur partenaire ou de leur ex-partenaire (contre 151 en 2017), 121 femmes et 28 hommes (19). L'auteur des faits est le plus souvent un homme (dans 79,2 % des cas), ayant fait usage d'une arme (pour 67,8 % des cas). Les faits sont, la plupart du temps, commis au sein d'un domicile qu'il soit celui du couple ou de l'un des deux membres (83,2 % des cas).

Le décès est la conséquence ultime de la violence conjugale. Grâce au Grenelle des violences conjugales qui a eu lieu en 2019, il est maintenant possible selon la loi (*article 9 de la loi du 30 juillet 2020*) de reconnaître le phénomène du « suicide forcé » avec la mise en place d'une nouvelle circonstance aggravante pour les auteurs de violences en cas de harcèlement ayant conduit au suicide ou à une tentative de suicide (20).

Mais, en dehors de la mort, d'autres conséquences peuvent s'additionner. Nous connaissons celles très visibles comme certaines blessures physiques. Mais il existe des conséquences souvent indétectables, aspécifiques. Pour n'en citer qu'une, la perte de confiance en soi, et pour lesquelles on ne fait souvent pas de lien avec une possible violence au sein du couple.

L'HAS énumère les conséquences non exhaustives de la violence conjugale en plusieurs catégories, rappelant que **tout symptôme peut être en rapport avec des violences conjugales** et qu'il n'existe pas de signes spécifiques (7) :

- Les troubles physiques
 - x Lésions traumatiques
 - x Maladies chroniques déséquilibrées
 - x Symptômes physiques chroniques, inexpliqués
 - x Addictions, mésusages ou surconsommations médicamenteuses
 - x Consultations itératives avec plaintes multiples et vagues

- Les troubles psychologiques et psychiatriques
 - x Dépressions et apparentés, idées suicidaires
 - x Abus de substances
 - x Stress post traumatique
 - x Dysrégulation émotionnelle

- x Troubles anxieux
 - x Troubles du comportement alimentaire
 - x Troubles du sommeil
 - x Troubles cognitifs
 - x Troubles psychosomatiques
- Les complications sexuelles
 - x Lésions traumatiques
 - x Infections génitales, urinaires, IST
 - x Troubles de la sexualité
 - x Douleurs pelviennes chroniques
 - x Troubles sexuels de type dyspareunie
 - Les conséquences au cours de la grossesse que nous détaillerons plus bas
 - Les conséquences sur les enfants, également relatées par la suite

Il existe aussi des situations de vulnérabilité en lien avec un contexte de violence. L'HAS liste ces facteurs de risques ou facteurs précipitants :

- Facteurs associés à la probabilité qu'une femme soit victime de violence
 - x L'âge jeune
 - x Le faible niveau d'instruction
 - x Des antécédents d'exposition à la violence conjugale dans l'enfance
 - x Maltraitance pendant l'enfance
 - x La grossesse, la naissance d'un enfant ; la période périnatale
 - x Les handicaps, les maladies de longue durée
 - x Les problèmes de santé mentale
 - x La dépendance financière
 - x Une conduite addictive (alcool, drogues)
- Facteurs associés à la probabilité qu'un homme se montre violent
 - x L'âge
 - x Le faible niveau d'instruction
 - x Antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance
 - x L'abus de substances
 - x Des troubles psychiatriques, notamment troubles de la personnalité
- Facteurs relationnels ou conjoncturels
 - x Insatisfaction dans le couple
 - x Séparation conflictuelle
 - x Domination masculine dans la famille

- x Précarité économique
- x Vulnérabilité administrative ou sociale
- x Différence entre les niveaux d'instruction (situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire)
- x Différence d'âge importante dans le couple
- x Isolement géographique

Il est important de noter que **la répétition des faits de violences peut amener la victime à une banalisation de ses symptômes** (21).

B. La grossesse et le fœtus

Au cours de la grossesse, le futur enfant peut être perçu comme celui qui rompt le lien exclusif de l'homme avec la femme (7). Ainsi on peut voir apparaître une violence *de novo* ou une escalade de la violence conjugale pendant la grossesse. Dans l'étude réalisée en 2020 et en Nouvelle Aquitaine sur les enfants victimes de violences conjugales, les femmes interrogées rapportent la grossesse et la maternité comme un élément déclencheur des violences (22) .

- **La grossesse**

Hors du domaine de la pathologie, la grossesse est une période de chamboulements physiques et psychiques à l'origine de changements physiologiques nécessaires au développement du fœtus. Les modifications hormonales pendant la grossesse ont un impact sur la fonction immunitaire, la fonction neuronale et le comportement. Les données scientifiques montrent déjà le lien entre les désordres inflammatoires secondaires à l'état de grossesse, et des maladies spécifiques de la grossesse (pré-éclampsie, le diabète gestationnel notamment). S'y ajoute également le risque de trouble de l'humeur péri-partum (12). Certaines cytokines jouent un rôle déterminant dans l'apparition d'anxiété périnatale ou de troubles de l'humeur. Le changement dans la production de cytokines pendant la grossesse, qu'il soit trop élevé (par exemple IL-6 ou IL-10) ou trop faible (par exemple IL-1 β ou IFN γ), pourrait avoir un impact sur le cerveau et les comportements associés au cours de cette période d'immuno-modulation, nécessaire au bon déroulement de la grossesse.

La grossesse est donc déjà, en elle même, un facteur de vulnérabilité. D'ailleurs, dans la dernière enquête de périnatalité de 2016, 10% des femmes enceintes se déclaraient « assez mal » ou « mal » concernant leur état psychologique et 23% déclaraient avoir le « sentiment d'être triste, déprimée, sans espoir » (10).

L'ajout d'un contexte de violences conjugales peut alors démasquer ou aggraver ce mal être, allonger la liste des complications, en plus de celles déjà potentiellement existantes lors d'une grossesse, physiologique ou pathologique.

L'OMS rapporte que la violence entre partenaires intimes pendant la grossesse augmente la probabilité d'avortement, de fausse couche, d'enfants mort-nés, d'accouchement avant terme et de faible poids à la naissance. **La violence pourvoie de façon importante aux problèmes de santé mentale des femmes** telle que la dépression ou certaines dépendances comme les troubles de l'usage de l'alcool. On note aussi un risque plus élevé de contracter des infections sexuellement transmissibles et d'avoir une grossesse non désirée (23). Dans une étude de Silverman et Al en

2006, aux États-Unis les femmes victimes de violences présentaient plus de risque de développer des infections urinaires, des vomissements incoercibles, du diabète gestationnel et de l'hypertension artérielle gravidique (24).

Santé Publique France en 2018, publie un document sur l'épidémiologie des violences conjugales en France et dans le monde. On retrouve que le risque d'être victime de violences est multiplié par deux chez les femmes enceintes et que la grossesse peut être parfois considérée comme la conséquence d'un viol conjugal. Ces violences seraient grandement responsables d'une part importante de féminicides et de suicides chez les femmes enceintes. Dans leur revue de la littérature, ils ont listé les événements associés aux violences conjugales pendant la grossesse, à savoir, des lésions traumatiques de l'abdomen et des seins, des hémorragies, ruptures utérines, décollements rétroplacentaires, des fausses couches spontanées, des avortements provoqués, des menaces d'accouchements prématurés, jusqu'à la mort maternelle par homicide ou secondaire aux troubles de la grossesse, des carences ou absence de soins pré et post natal immédiats, un allaitement déficient ou absent, des douleurs abdominales et pelviennes chroniques, des troubles anxiodépressifs, l'abus de substances pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues, médicaments à visées antalgiques ou psychiques). Dans ce rapport, une femme violentée pourrait être plus exposée aux grossesses qu'une femme ne l'étant pas, que ce soit dû à l'agresseur (rapports forcés, interférence du conjoint sur la contraception) ou à la victime (espoir que la grossesse et l'arrivée de l'enfant diminueront les violences voire les feront disparaître) (17). D'un autre point de vue, les auteurs rapportent qu'un nombre plus important d'enfants entraînerait une augmentation du stress et des conflits au sujet de l'éducation, de la discipline et de la garde des enfants, toucherait les ressources financières et réduirait la qualité de la relation conjugale.

Plus récemment en 2016, une étude sur les conséquences obstétricales et périnatales des violences conjugales au cours de la grossesse a été menée à Limoges sur 85 femmes victimes de violence. Parmi elles, 57% des grossesses n'étaient pas désirées (25). Le suivi des grossesses n'a d'ailleurs pas été régulier pour plus de la moitié d'entre elles. Elles ont consulté plus souvent aux urgences, pour des contractions utérines, douleurs ou des coups. Concernant les pathologies obstétricales, 25% ont présenté une menace d'accouchement prématuré, 22% des métrorragies, 19% une rupture prématurée des membranes, 17% un diabète gestationnel et 11% une HTA gravidique. Ces chiffres sont tous statistiquement significatifs, tout comme le lien entre violences conjugales et déclaration tardive de la grossesse. L'enquête de périnatalité de 2016 retrouvait une déclaration tardive de la grossesse chez 7,3 % des femmes (6,2 % ayant déclaré leur grossesse au deuxième trimestre et 1,1 % au troisième trimestre) (10). L'étude de Limoges confirme les chiffres déjà connus d'une population de femmes victimes hétérogène sur le plan de l'âge (toutes les tranches d'âge sont touchées), cependant la catégorie de femmes avec un niveau scolaire bas (arrêté au collège) est sur-représenté, tout comme la catégorie « sans emploi » (25). Les taux d'IVG y sont aussi nettement supérieurs par rapport à la population générale.

Dans un rapport de 2013 par l'OMS, **la probabilité de se faire avorter est deux fois plus élevée chez les femmes qui connaissent des violences** physiques et/ou des violences de leur partenaire sexuel, la probabilité d'avoir un enfant de faible poids de naissance est majorée de 16% chez les femmes qui subissent des violences de leur partenaire (26). Selon Arnaud A., dans une étude sur les caractéristiques des patientes ayant recours à l'IVG en 2014, 29,1% des patientes déclaraient avoir eu un conflit avec leur partenaire au cours des six derniers mois et 7% des patientes avouaient avoir été victimes de violences au cours des six derniers mois (violences physiques pour 30,6% des femmes victimes, psychiques dans 24,2% des cas ou les deux à la fois pour 14,5% d'entre elles) (27).

La grossesse peut ainsi se voir comme facteur de risque d'augmentation ou d'initiation des violences conjugales mais aussi comme une conséquence de ces violences. Par exemple le partenaire peut refuser l'utilisation de moyen de contraception ou décider de certaines pratiques sexuelles imposées pouvant être responsables de maladies sexuellement transmissibles ou de grossesses non désirées, avec ou non interruption volontaire de grossesse.

Les études listées par l'OMS montrent de façon constante que la violence familiale est plus courante dans les familles nombreuses (4). Il est alors difficile de définir la cause ou la conséquence. Le stress provoqué par la présence de nombreux enfants accroît-il le risque de violence ou est-elle un facteur de risque d'avoir une famille nombreuse ?

- **Le fœtus**

Dès la conception, le fœtus est lui même exposé aux violences subies par sa mère. La maltraitance à fœtus est une entité réelle, reconnue depuis peu et mise en lumière depuis quelques années au travers de faits très médiatisés (infanticide, déni de grossesse et bébés congelés) qui accèdent la réalité et la fréquence de cette forme de violence (28). La définition date de 1996 par le Dr Diquelou, gynécologue-obstétricien. « *Le fœtus maltraité ou en risque de maltraitance à venir est celui qui, hors des possibilités légales d'interruption de grossesse, est victime de traumatismes physico-chimiques, de négligences graves conduisant à une altération de son développement, ou d'absence d'intérêt ou d'investissement parental compromettant l'environnement affectif lors de sa naissance.* »

La violence peut être perpétrée par la mère du fœtus mais aussi par le père biologique de l'enfant à naître ou le partenaire de la femme. Cette violence peut être passive (carence d'investissement dans la grossesse) ou active (auto-agression de la mère ou violence de la part d'un tiers). Les conséquences de cette maltraitance fœtale peuvent être, bien sûr, la mort fœtale in utero, l'infanticide, des malformations ou troubles du développement fœtal suite à la consommation de toxiques (parfois conséquences des violences conjugales). Il existe d'autres conséquences moins bruyantes telle que des traumatismes ou dysfonctionnement du placenta et la prématurité.

Le fœtus forme avec sa mère une seule entité qui, dans un contexte de violences conjugales, est exposé à un état biologique de stress continu ou récurrent. Le fœtus peut alors développer une « mémoire traumatique » liée aux violences auxquelles sa mère a été exposée, dès le troisième trimestre de la grossesse par le biais de l'amygdale cérébrale (13). Certains gènes de régulation du stress comme NR3C1 transmises par ses parents peuvent être modifiés par l'épigénétique. Cette modification est susceptible de le rendre plus vulnérable au stress (29). Les résultats de l'étude menée par Cicchetti et Al, en 2017 montrent que les enfants atteints de maltraitance précoce présentent une hyper-méthylation du gène des récepteurs des gluco-corticoïdes, significative par rapport aux enfants non maltraités. Ils ont mis en évidence un lien significatif entre l'hyper-méthylation de gène et une plus grande labilité émotionnelle, troubles du comportement et symptômes dépressifs.

La violence conjugale perpétrée sur la femme enceinte, a ainsi de façon conjointe, plusieurs victimes reconnues : la femme enceinte et le fœtus en développement.

- **Les conséquences psychiques et psychiatriques**

Outre le point de vue somatique, il est très largement démontré que les complications psychiatriques secondaires aux violences chroniques sont majeures avec augmentation de la mortalité (suicide, affections secondaires aux addictions...) et de la morbidité chez les victimes

(dépression, TSPT...) (30). Ces deux paramètres sont également augmentés du fait des conséquences somatiques des violences physiques et sexuelles. Lorsque la grossesse expose la femme à une recrudescence des violences conjugales, il existe un risque majoré de stress aigu et/ou de troubles de stress post-traumatique pour la femme (11). Les symptômes chez les victimes de violences conjugales, s'apparentent à des symptômes de TSPT avec une hypervigilance, sursauts, des reviviscences de scènes de violences, des attaques de panique, des troubles du sommeil, cauchemars et une altération des cognitions et de l'humeur. **La mauvaise qualité de la relation conjugale est un facteur influençant la survenue de toutes les pathologies psychiatriques de la grossesse**, des symptômes dépressifs légers à la dépression gravidique ou du post-partum, jusqu'à la psychose puerpérale.

Par définition, le trouble de stress post-traumatique ne peut se déterminer qu'à la sortie des violences, c'est à dire à distance de l'événement ou de la situation traumatique. Ainsi même à distance de son agresseur et mise à l'abri, la femme est encore à risque de développer des troubles psychiatriques.

Tout comme la grossesse, les troubles psychiatriques peuvent être considérés parfois à tort comme la cause ou la conséquence des violences.

Les conséquences psychiatriques s'inscrivent directement dans les difficultés maternelles à venir, dans la projection pendant la grossesse et le soin du nouveau né. Elles provoquent ainsi des troubles de ce précieux lien mère-enfant. L'accès précoce à un dépistage puis des soins pluridisciplinaires adaptés représentent des facteurs pronostiques majeurs notamment sur la santé mentale maternelle mais aussi sur le développement psychoaffectif de l'enfant (11).

Notons aussi que le type de violence peut se modifier pendant la grossesse. **Cette période peut parfois être associée à une diminution des violences physiques, mais aussi à des augmentations significatives des taux de violences psychologiques** (31). Dans une étude canadienne de 2004, les femmes incluses ont connu une augmentation significative du taux de violence psychologique et sexuelle pendant la grossesse. Cependant, la grossesse n'était pas associée à des augmentations significatives des taux d'agressions physiques ou de blessures.

C. Le post-partum et le nouveau-né

Ne s'arrêtant pas à la naissance de l'enfant, les violences conjugales qu'elle continue de subir entretiennent la difficulté de la mère à s'occuper de son nourrisson et à établir un lien mère-enfant de qualité.

Dans le rapport de Santé Publique France, des troubles ont aussi été observés chez l'enfant à naître ou à la naissance. A savoir mort fœtale in utero, hypotrophie fœtale, lésions fœtales (fractures, plaies par armes blanches), naissance prématurée et faible poids de naissance (17). L'étude limougeoise, rapporte les mêmes conclusions avec 11% de prématurité dans l'échantillon de la population (dont 37% de prématurité sévère), avec 20 % d'enfant hypotrophe, et une mort fœtale in utero, conséquence d'un hématorne-rétroplacentaire. En comparaison, dans la population globale selon l'enquête nationale de périnatalité de 2016, la prématurité est de 6% (10).

Dans les premiers mois de vie se développe le lien d'attachement mère-enfant. La figure d'attachement, à savoir le plus souvent la mère doit être disponible pour son enfant afin de rendre son environnement « *sécuré* ». Ce « *caregiver* » est accessible de jour comme de nuit. Il prend soin du bébé et en retour celui-ci se sent compris, accepté et valorisé. Il développe de la confiance en lui ainsi que de bonnes relations aux autres, grâce à des capacités de mentalisation et de régulation des

émotions (11). Les stress péri-nataux ou très précoces influent sur la construction cérébrale, au niveau neuronal et synaptique (32). Il est établi que le TSPT en post-partum pourrait conduire à l'évitement de l'enfant et à des déficits de soins, altérant la relation mère-enfant.

De plus le nourrisson, totalement dépendant de ses parents, peut être heurté lors d'un coup et blessée de façon intentionnelle ou comme victime collatérale.

D. L'enfant qui se construit

L'enfant sera également très probablement exposé aux violences exercées par son père (témoin ou victime). Ces dernières années sont marquées aussi par la prise en compte de l'enfant en tant que personne à part entière, victime des violences qu'il peut non seulement subir mais aussi que peut endurer sa mère. L'enfant est victime directe (lorsqu'il subit la violence) ou indirecte (lorsqu'il est témoin). Aussi, environ 40 % des enfants seraient maltraités physiquement par le partenaire violent de la mère (33).

La violence dans le couple expose l'enfant à des scènes traumatiques (34). Les enfants peuvent donc être des témoins oculaires ou auditifs de la violence physique ou verbale dans le couple. **Notons d'ailleurs que le simple fait d'être témoin de la violence entre ses parents constitue une situation de maltraitance pour les enfants qui y sont exposés (7).** L'enfant peut alors être reconnu comme victime et non plus comme seul témoin, même si celui-ci n'a pas directement subi les violences.

Il est largement décrit que les violences conjugales affectent le développement socio-affectif des enfants exposés. Le Dr Salmona Muriel, psychiatre, affirme que cette violence peut être vécue comme un psycho-traumatisme, avec mémoire traumatique se manifestant notamment par des reviviscences répétées (flash-back, cauchemars, douleurs) (35). Les enfants témoins de violences domestiques courent davantage de risques de développer des troubles du comportement ou psychiatriques (6,13,36,37):

- x Troubles anxieux, angoisse de séparation, TSPT,
- x Troubles dépressifs,
- x Troubles de l'estime de soi : altération de l'estime de soi, perte de confiance,
- x Troubles du comportement : hyperactivité, irritabilité, agressivité, impulsivité
- x Troubles des émotions,
- x Troubles de l'adaptation,
- x Difficultés scolaires : mauvais résultats scolaires, troubles des apprentissages, troubles de la concentration, phobies scolaires,
- x Problèmes physiques et handicaps, anomalie de la croissance,
- x Augmentation des conduites à risques et des troubles psychiatriques à l'âge adulte.

Ces conséquences peuvent être mises en lien avec des dysfonctionnements neuro-biologiques des circuits émotionnels et de la mémorisation (13). L'étude de 2020 en Nouvelle-Aquitaine sur la maltraitance infantile, rapporte que la perception des mères concernant les conséquences délétères sur les enfants est souvent altérée, avec une minimisation des faits (22).

Les enfants qui ont été témoins ou qui ont subi des violences sont plus susceptibles de devenir victimes ou maltraitants dans leur vie future. Plusieurs études menées par l'OMS ont révélé que les garçons ayant vu leur père faire usage de la violence à l'encontre de leur mère sont trois fois plus susceptibles de recourir dans leur vie adulte, à la violence à l'égard de leurs partenaires (23). Cela peut s'inscrire dans un cercle de répétitions des violences notamment conjugales, réitérant le schéma familial parental. Les enfants qui grandissent dans des familles où sévit la violence entre partenaires intimes souffrent d'une altération des rapports humains qui peut être associé à la perpétuation de la violence dans leur vie d'adulte (36). Dans une étude de 2015, sur le développement socio-affectif des enfants exposés aux violences conjugales, 53% des mères rencontrées ont noté avoir été témoins de scènes de violence entre leurs propres parents, durant leur enfance, confirmant le caractère de pérennisation des violences conjugales d'une génération à l'autre (37). Pour 46% des enfants de l'étude, les violences conjugales ont commencé avant ou dès la naissance.

Il faut aussi noter que l'auteur de la violence conjugale dans le foyer est une figure d'attachement centrale (le père le plus souvent, le compagnon de la mère ou parfois la mère) (22). Ainsi la séparation est rarement franche en raison de la volonté du maintien du lien parental. Une structure sociale des Deux Sèvres note qu'environ 40 % des auteurs de violences vivent encore avec les enfants concernés. Cela peut engendrer des difficultés pour partir, lorsque la mère ne veut pas rompre le lien des enfants avec leur père. De plus, le père peut jouer sur un sentiment de culpabilité auprès de la mère, l'empêchant de partir du foyer. Dans le rapport HCE de 2020, 72,6 % des mères d'enfants mineurs obtenant une ordonnance de protection ont été contraintes d'exercer leur autorité parentale avec le conjoint qui les aurait violentées et mises en danger (21).

Selon Lerole A., dans une étude de 2020 auprès du CAUVA (Centre d'Accueil en Urgence de Victimes d'Aggression) à Bordeaux, les violences physiques envers les enfants font plus souvent l'objet d'un signalement judiciaire par rapport aux autres types de violences. Ceci pourrait être lié à la gravité des lésions présentées par l'enfant à son arrivée dans une structure de soin (38). En revanche, les violences psychologiques et la négligence sont plus souvent associées au seul dépôt d'une information préoccupante. La coexistence de la violence conjugale et de la maltraitance à l'enfant variait de 30% à 60 %. Elle conclut, elle aussi, que les enfants exposés aux violences conjugales seraient ainsi davantage victimes de maltraitances physiques et de négligences lourdes.

Il ne faut donc pas oublier qu'une femme victime de violence est rarement seule dans son foyer et les enfants ont un rôle majeur dans la dynamique des violences : en tant qu'élément déclencheur, élément de chantage, de culpabilité, ou de protection vis à vis d'une situation dangereuse.

2. Outils de dépistage

En France il n'existe pas d'outil validé concernant le dépistage des violences conjugales. En 2010 le Québec a publié un répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale (39). Il rassemble les outils validés ou non, avec leurs caractéristiques (public concerné, lieu de réalisation, critères intrinsèques).

A. Le questionnaire WAST

Le dépistage sous-entend une utilisation d'outils validés, mais dont la spécificité et la sensibilité ne sont jamais de 100%. Ils sont tous perfectibles. En France, il n'existe pas de

questionnaire validé pour dépister les violences conjugales et il existe peu d'études sur les violences conjugales en comparaison avec le Canada ou les Etats-Unis. Parmi les outils validés Outre-Atlantique, le questionnaire WAST est en langue française (WAST-fr), il est validé aux Etats-Unis et au Canada. Il a fait ses preuves dans le dépistage des violences conjugales (40).

Le questionnaire WAST ou Woman Abuse Screening Tool est un outil créé en 1996 par des médecins canadiens, J. B. Brown, B. Lent, P. J. Brett et al. (Annexe 1) . Initialement en anglais, le questionnaire WAST a ensuite été traduit et validé en français (pour le Québec) et en espagnol (39). C'est un outil très modulable, réalisable lors de différents contextes d'exercice (milieu urbain ou milieu rural, hospitalier ou ambulatoire) mais aussi dans sa pratique, il peut être réalisé soit par un professionnel de santé soit par un travailleur social ou soit en auto-questionnaire afin de préparer la consultation ou l'entretien.

Ce questionnaire WAST-fr (pour version française) intègre dans ses 7 questions plusieurs aspects de la violence envers la femme (physique, psychologique) et possède en option une huitième question sur les violences sexuelles. Il permet aussi de pondérer le niveau de violence subie. Il s'adresse à toutes les femmes, même hors contexte de grossesse.

Sa validation a été obtenue suite à 3 études canadiennes :

Une première étude en 1996, pour tester sa fiabilité et validité, a comparé les résultats du questionnaire WAST de 2 groupes de femmes (groupe subissant des violences conjugales et groupe témoin)(41). Les résultats montrent que le questionnaire est très fiable avec un taux de cohérence interne $\alpha = 0,95$. La version originale du questionnaire WAST en anglais comprend huit questions. Il existe aussi une version raccourcie de l'outil, le WAST-Short, composée des deux premières questions du WAST, tout aussi discriminant et ayant un meilleur résultat concernant l'aisance de la patiente à répondre aux questions. Les autres questions sont posées uniquement si la femme a répondu « oui » aux deux premières questions.

Une deuxième étude comportant 399 patientes, met en application le WAST en médecine ambulatoire au Canada (42). Il compare le WAST à un autre test, l'ARI (Abuse Risk Inventory), qui pouvait être assimilé comme le Gold Standard de l'époque (32). L'ARI est un test un peu plus contraignant avec 25 questions pour un temps de réalisation de 10 à 15 minutes. Les résultats montrent là aussi que les scores du WAST sont superposables à ceux de l'ARI. La fiabilité du WAST a été démontrée par un coefficient $\alpha = 0,75$.

Le questionnaire WAST en langue anglaise a une sensibilité de 100% et une spécificité de 97,1%. Avec le WAST-Short, 8,5% ont été identifiés comme victimes de violence. Les médecins étaient relativement à l'aise pour réaliser le questionnaire. De plus 91% des patients ont déclaré être à l'aise ou très à l'aise lorsque leur médecin de famille leur a posé les questions WAST.

La troisième étude a testé le WAST dans sa version française (WAST-fr) sur une population francophone du Canada (43). Le WAST-fr s'est avéré très fiable avec un coefficient $\alpha = 0,95$ et a démontré une validité avec une discrimination importante. Le WAST-Short en français a correctement classé toutes les femmes non victimes de violences et 78,7% des femmes victimes. Les femmes victimes de violence ont déclaré se sentir moins à l'aise pour répondre aux questions WAST-fr que les femmes non victimes. Le WAST-Short présente donc une excellente sensibilité (91,7 %) et une excellente spécificité (100 %) dans sa version en anglais, alors que la version française présente une bonne sensibilité (78,7 %) et une excellente spécificité (100 %).

Pour rappel, la sensibilité est une caractéristique d'un test qui détermine la probabilité du résultat positif du test chez les sujets atteints, définie par le Gold Standard (ou vrais positifs). La spécificité est elle, déterminée sur une population de patients dont le statut non atteint est connu.

C'est la probabilité du résultat négatif de test chez les patients définis comme non atteint (ou vrais négatifs).

Le questionnaire WAST-fr en français comporte 7 questions (la question 8 sur les violences sexuelles a été enlevée dans l'étude de Brown JB.) et permet une pondération des réponses, en effet pour chaque question, le score va de 1 (souvent) à 3 (jamais) . Le score final détermine le risque d'exposition à une situation de violences conjugales :

- x "faible" si > à 17,
- x "modéré" si entre 15 et 17,
- x "élevé" si < à 15

A. Linassier a mis en application ce questionnaire sur 244 patientes dans une étude de 2015 dans la Vienne, et en médecine ambulatoire (44). Ses résultats montrent que le niveau d'aise pour répondre au questionnaire « patiente » est le même que dans les études de JB Brown, en revanche du côté des professionnels, ils se sont sentis significativement moins à l'aise avec le WAST-fr que leurs homologues canadiens (91,3 % contre 100 %). La majorité des patientes interrogées (93,8 %) s'est dite favorable à la généralisation de son utilisation et les patientes ont préféré remplir le WAST-fr seules dans 48,3 % des cas et en compagnie d'un professionnel de santé dans 35,6 % des cas. Cependant 21% des questionnaires « patiente » n'ont pas été retourné. Parmi les soignants, 60,9 % ont souhaité continuer à utiliser le WAST-fr. Le pourcentage de femmes ayant un risque élevé de violences conjugales est de 9%, et 15% avec risque modéré, soit 24% de femmes ayant un risque modéré ou élevé. Ces taux sont comparables aux résultats canadiens.

B. Les autres outils de dépistage

a) Pendant la grossesse

Il existe 4 outils validés et adaptés aux soins primaires chez la femme enceinte, dont un en version francophone, le WAST dont nous avons déjà parlé, non spécifique de la grossesse. Les trois autres ne sont pas non plus spécifiques de la grossesse. Ils sont seulement disponibles en langue anglaise, l'AAS, le HITS et le WEB, donc non utilisables en France (39).

- **AAS :**

Il a été créé en 1992 par des Américains, destiné aux femmes enceintes il dépiste les violences physiques et sexuelles, avec une notion de gravité, de fréquence et de localisation des blessures. Il comporte 5 questions, et peut être administré par le professionnel ou en auto-questionnaire, dans un cadre hospitalier. Il permet de déceler de la violence physique et sexuelle au cours de la dernière année et depuis le début de la grossesse. Sa sensibilité est bonne (93%) mais sa spécificité est médiocre (55%).

- **HITS :**

Le HITS est un outil américain, datant de 1998, traduit en plusieurs langues mais pas en français. Il s'adresse aux femmes mais aussi aux hommes et pour tous les contextes de soins (ambulatoire, hospitalier). Il interroge sur la violence physique, verbale et psychologique, avec une

notion de fréquence. Lui aussi peut être administré seul ou par le professionnel de santé. Pour toutes les versions la sensibilité est bonne (86% ou plus) et la spécificité aussi (86% ou plus).

- **WEB :**

C'est un outil américain, créé en 1995, utilisable en milieu hospitalier. Il questionne sur les violences émotionnelles. Il comporte 10 questions. Il se réalise en auto-questionnaire.

b) Hors grossesse

Il existe plusieurs questionnaires validés, hors situation de grossesse. Nous ne ferons que les citer : ASI, HARK, OAS, OVAT, PVS, SAFE-T et StaT. Soit ils n'ont pas été traduits en français soit la traduction n'a pas été validée.

C. dépistage systématique ou ciblé ?

« *Un dépistage est une action de santé publique, c'est-à-dire une liste d'opérations à entreprendre, de caractère collectif, en vue de l'amélioration de la santé d'une population* ». Le dépistage systématique dit « de masse » se dit lorsque la population recrutée est non sélectionnée (45). On peut donc considérer le dépistage systématique des violences conjugales chez la femme comme généralisé sur le type de sexe. Il devrait d'ailleurs être généralisé aux hommes étant donné qu'en 2019, 23% des décès suites aux violences conjugales sont des hommes (19).

Dans une revue systématique de Cochrane en 2015 sur le dépistage des femmes dans des établissements de soins quant aux violences exercées par un partenaire intime, les résultats indiquaient que **le dépistage systématique dans les établissements de soins augmente l'identification des femmes vivant des violences exercées par un partenaire intime** (46). Mais aucun effet positif ou négatif n'a été observé sur le renvoi à des services de soutien, la réexposition aux violences, les mesures de l'état de santé des femmes, les préjudices provenant du dépistage. Par conséquent, il n'y avait pas suffisamment de données probantes pour le justifier systématiquement dans les établissements de soins.

Cependant c'est plutôt le manque d'étude de grande ampleur avec une méthodologie suffisamment stricte et superposable qui empêche de déterminer l'effet du dépistage systématique sur les violences conjugales. On peut faire la remarque envers ces publications qu'elles n'ont étudié que le lien entre le dépistage et la réduction immédiate de la violence, alors que d'autres aspects importants (comme l'amélioration de la qualité de vie ou le sentiment de sécurité) n'ont pas été traités (47).

Dès 2005, le dépistage des violences conjugales est inscrit dans les recommandations de l'HAS (48). Ils préconisent de le faire « *de manière systématique même en l'absence de signe d'alerte* ». Cet appel est renouvelé dans les recommandations de bonne pratique en 2019 (7). La MIPROF, elle aussi, encourage le dépistage systématique car selon son rapport, 92% des sages femmes dépistant des violences quotidiennement pratiquent la recherche systématique de violences subies, passées et/ou présentes (49). Alors que 89% des sages-femmes n'ayant jamais dépisté de violences n'effectuent pas de recherche systématique de violences subies.

Ainsi le fait de ne pas poser la question augmente manifestement le risque de ne pas dépister de violences. Les auteurs estiment donc qu'il y a un lien conséquent entre la recherche

systématique de violences et la fréquence de leur détection. Et dans 80% des cas, parler des violences soulage les patientes. Plusieurs études montrent que les femmes des groupes dépistés (vs non dépistés) ont présenté une amélioration plus rapide de la qualité de vie (50) ainsi qu'une réduction statistiquement significative des syndromes dépressifs. Selon Bolot A. après administration de l'outil WAST en auto-questionnaire, 44% des femmes dépistées contre seulement 8% des femmes non dépistées ont discuté de la violence avec le professionnel de santé au cours de la consultation (51).

Ainsi le dépistage systématique et notamment pendant la grossesse, n'est plus à discuter. Il faudrait maintenant trouver une ligne de conduite standardisée, avec un test ayant les qualités requises pour un dépistage systématique : à savoir un test simple, fiable, reproductible et valide.

D. Quand dépister ?

L'HAS préconise de dépister toutes les femmes, même sans signe d'alerte et d'y « *penser particulièrement en contexte de grossesse et de post-partum* » (7). Le repérage précoce est primordial puisque les violences s'aggravent ou s'accroissent avec le temps et qu'**elles touchent tous les milieux sociaux et tous les âges**. Le dépistage est recommandé au moins une fois chez toutes les patientes enceintes et en post-partum. « *En effet, la fréquence des consultations prénatales et le lien de confiance qui s'établit entre le professionnel de santé et la patiente rendent ce moment propice à la révélation d'une situation que, jusque-là, la femme n'a pu évoquer* ». Notamment à l'occasion de l'entretien prénatal précoce, avec le repérage systématique des facteurs de vulnérabilité dans le but de « *convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales* » (48). Cet entretien est souvent plus long qu'une consultation de grossesse (en moyenne 45 minutes à 1 heure) et permet d'instaurer un climat de confiance.

Ceci est confirmé en 2012, par Rouveyre M., sage femme, qui a réalisé un état des lieux du dépistage des violences conjugales pendant la grossesse en région Puy de Dôme. Ses résultats montrent que le moment le plus opportun pour dépister une situation de violences conjugales est lors de l'Entretien Prénatal Précoce pour 52,7% des professionnels interrogés ou lors d'une consultation quelconque du suivi de grossesse pour 50,9% (52). Cependant dans la dernière enquête de périnatalité de 2016, seulement 28% des patientes ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce (10).

Si dans un premier temps, le dépistage peut être systématique c'est bien, s'il peut être répété c'est mieux. En effet, en dépistant chaque femme à chaque consultation le taux de détection des violences est plus important (53). Dans une étude de 1998 aux Etats-Unis, le taux de détection des violences passe de 5 à 8% au premier trimestre à 17% au troisième trimestre.

E. Comment dépister ?

Dans l'étude de Rouveyre M., un peu plus de la moitié des professionnels pensait que l'on pouvait demander aux patientes si elles étaient victimes de violences conjugales par une question directe (52,7%), et seulement en cas de soupçon d'une telle situation. Et 77% des professionnels pensaient que l'on pouvait dépister en demandant aux patientes si tout se passait bien au sein de leur foyer...(52).

Dans l'idéal il faudrait s'entretenir un moment avec la femme seule ou programmer d'une rencontre ultérieure pour évoquer des problèmes délicats comme la violence (48) et également rappeler à la patiente la confidentialité de l'entretien. La revue Prescrire dans son édito de 2018

réaffirme que les soignants sont dans leur rôle quand ils dépistent des violences conjugales et propose d'« *Entrouvrir une porte, pour montrer qu'on est prêt à entendre une souffrance cachée* » (54).

Il n'existe actuellement pas de ligne directrice claire sur la façon de dépister les violences. L'HAS propose de créer un climat de confiance en amont, avec un support visuel, notamment dans la salle d'attente pour amorcer la discussion. « *Il est recommandé de mettre en évidence des affiches sur le thème de la violence au sein du couple ainsi que des brochures à disposition des patients, dans la salle d'attente, voire dans la salle de consultation* ». Il est recommandé de s'entretenir avec la femme seule. Mais c'est parfois difficile, notamment lorsqu'elle est accompagnée de son conjoint ou ses enfants. Les questions posées par le professionnel sont destinées à rechercher une situation de violence au sein du couple, mais elles peuvent initialement évaluer le sentiment de sécurité de la patiente (7)

La principale difficulté réside dans la façon de faire, pour que les femmes parlent franchement d'aspects intimes de leur vie. Le type de questions, la façon dont elles sont posées ainsi que le fait de se sentir à l'aise influent beaucoup (sexe de l'interlocuteur, présence d'un tiers, intérêt du professionnel pour la patiente) (4). La recherche montre que **des questions précises sur le comportement de l'agresseur donneront des taux plus élevés de réponses positives** que des questions où l'on se contente de demander aux femmes si elles ont été « victimes de violence » (50,55).

Dans une étude de 2017 par Mu-Sek-Sang R., parmi les médecins interrogés qui réalisaient un dépistage systématique des violences conjugales, 90% le faisait à partir de questions ouvertes et 10% à partir d'un questionnaire type (56). Dans l'étude de Gillet C. sur la santé sexuelle, les médecins interviewés évoquaient leur intérêt pour un outil à visée diagnostique à type de questionnaire ou auto questionnaire notamment dans le domaine des violences conjugales (57). On retrouve les mêmes propos dans l'étude de Lucine A., où les médecins urgentistes d'Aquitaine sont 70% à répondre que l'existence d'un questionnaire de repérage des violences conjugales serait une aide (58).

Une étude de 2011 en Franche-Comté par Bolot A, a comparé deux interventions de dépistage sur les violences conjugales (51). Dans le groupe « questionnaire posé par le professionnel » (en l'occurrence le questionnaire WAST), 28% des victimes ont été dépistées comme à risque de violence contre 1,2% dans le groupe « dépliant en salle d'attente », montrant le lien entre dépistage efficace et intervention du professionnel de santé. **La démarche active de dépistage serait ainsi bien meilleure que la démarche passive** d'attendre que la patiente en parle. Cette caractéristique est connue depuis la fin des années 2000, notamment dans une étude américaine qui affirmait que l'auto-administration de questionnaires était moins efficace qu'un entretien direct (50)

La révélation de la violence au sein du couple par la patiente peut ne pas se faire immédiatement mais lors de prochaines consultations (53). **Ainsi la répétition du dépistage a toute sa place, pour mettre en confiance la patiente et lui permettre de voir le professionnel de santé comme un interlocuteur privilégié.**

3. Situation à l'étranger

Au Canada, les politiques se sont penchées sur les violences conjugales de façon prononcée depuis les années 1990. Les premières études sur le dépistage des violences conjugales dans la

littérature sont déjà anciennes (entre 1998 et 2005). (33,41–43,59).

Le questionnaire WAST a même été intégré au formulaire ALPHA (Antenatal Psychosocial Health Assessment), un support psychosocial canadien complété pendant le suivi de grossesse (60). Ce formulaire recherche des facteurs de risques de vulnérabilité pendant la grossesse et contient initialement 35 questions sur les substances addictives, les relations familiales, l'investissement de la grossesse, les antécédents de violences. Il existe une version auto-administrée de l'ALPHA qui comprend 43 questions dont six portent sur la violence conjugale (61). L'utilisation du formulaire ALPHA aide les professionnels de santé à détecter davantage de facteurs de risques psychosociaux pendant la grossesse, en particulier ceux liés à la violence familiale (2 fois plus de détection sur les problèmes psychosociaux, 7 fois plus sur la violence envers la femme ou les enfants).

C'est un outil prénatal utile, permettant d'identifier les femmes qui pourraient bénéficier d'un soutien et d'interventions supplémentaires (62,63). Le remplissage du formulaire prend environ 20 minutes, ce qui peut être un peu long lors d'une consultation (64). La femme peut alors le remplir chez elle, avec le risque qu'elle ne rende pas le questionnaire, ou elle peut aussi le compléter dans la salle d'attente. De plus, il n'a pas fait l'objet d'étude pour affirmer sa validité (39). Il est cependant disponible en français.

Au début de la grossesse, un guide gratuit de 844 pages est remis à la patiente québécoise « *Mieux vivre avec notre enfant* » (65). On y trouve des informations sur la grossesse, l'accouchement, l'enfant jusqu'à ses 2 ans. Deux pages sont consacrées à la violence conjugale. En comparaison l'Assurance Maladie, en France, propose une guide de 20 pages « *Je prépare l'arrivée de mon enfant* », qui informe notamment sur les risques des addictions (tabac, alcool), mais qui n'informe pas sur les violences conjugales (66).

Suites aux actions de prévention, dépistage et prise en charge mises en place par le Canada dans les années 2000, on note une baisse des taux de violences conjugales. La comparaison entre 2 enquêtes nationales canadiennes (Enquête Sociale Générale) de 2004 et 2014 montre que les taux de violences conjugales dans les provinces canadiennes ont reculé au cours des 10 années précédentes (de 9% à 4%) (67).

Aux Etats-Unis, la littérature est bien fournie sur le thème des violences conjugales (24,31,50,68) . **L'American College of Obstetricians and Gynecologists recommande depuis plus de 10 ans de réaliser un dépistage systématique et redondant de la violence chez toutes les patientes** (69). Il préconise de faire ce dépistage lors de la première consultation, puis de le répéter une fois par trimestre et à la visite post natale.

4. Rôle du professionnel de santé

Les violences conjugales peuvent rester longtemps, sans sortir du domaine de l'intime et du privé, de la sphère familiale. Les dépôts de mains courantes ou plaintes sont faibles par rapport aux chiffres réels des dernières enquêtes (16), eux aussi sûrement sous estimés. Le faible pourcentage de déclarations des violences aux autorités judiciaires auraient plusieurs raisons (30) :

- × La honte
- × La culpabilité
- × La crainte de ne pas être entendue
- × La crainte des représailles

Cela montre l'importance du repérage des violences notamment des violences conjugales, par les personnels de santé. Dès 2005, le Pr Henrion alerte sur le dépistage mais aussi sur l'orientation des patientes par les professionnels (70). Le ministère de la justice publie en 2010, dans le cadre du 2^{ème} Plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes de 2008, un guide, «*Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels*» pour sensibiliser et mobiliser les professionnels (intervenant sociaux, professionnels de santé, police et gendarmerie) dans le schéma de prise en charge des victimes (71).

Voilà pourquoi le professionnel doit être efficace dans sa démarche de soin. Et pour cela, il doit acquérir des compétences et les mettre à profit.

A. Dans sa formation

On peut trouver dans le rapport HCE, rédigé à l'issu du Grenelle sur les violences conjugales de 2019, que la priorité est mise pour chaque professionnel afin qu'il reçoive une formation initiale et continue sur les violences faites aux femmes (21). **En effet les médecins et les sages-femmes ne sont pas, ou que très peu, formés sur la thématique des violences conjugales dans leurs études.**

Environ 7 sages-femmes sur 10 n'ont pas été formées sur les violences faites aux femmes au cours de leur formation initiale et continue (49). En effet, c'est seulement depuis 2013 que le diplôme d'état de sage-femme intègre la prévention et le dépistage des violences faites aux femmes. Alors que pour tous types de violences confondus, plus de 84% des répondants expriment un désir de formation et 58% ont identifié le manque de formation comme obstacle majeur à la prise en charge (72). Concernant les médecins généralistes c'est encore moins, en 2015, 30,4 % des professionnels de santé rapportaient avoir déjà suivi une formation sur les violences conjugales dans l'étude de Linassier A. (44). Ces chiffres sont assez semblables selon d'autres études (14,52,56,73)

Dans son étude publiée en 2019, Ledoux A. nous rappelle que les médecins du Pays Basque répondants ayant reçu une formation ont été davantage confrontés, au cours des 12 derniers mois à des situations de violences conjugales avec un taux de 76,2 % contre 41,7 % dans le groupe des médecins non formés, soit une différence significative entre les deux groupes (14). **Ces chiffres confirment le lien entre meilleure formation / meilleur dépistage et augmentation du nombre de femmes victimes dépistées.**

B. Dans le repérage

Pr Henrion nous rappelle qu'il n'existe pas de profil type, et que « *toute femme peut, un jour, se retrouver sous l'emprise d'un partenaire ou d'un conjoint violent* » (70).

Selon Gillet C., sur une étude de 2018, les consultations multiples avec des motifs différents pouvait faire évoquer un contexte de violences conjugales au médecin généraliste consulté (57). Dans l'étude de Linassier A., 70 % des professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes) ont été confrontés au moins une fois à un cas de violences conjugales, avec une moyenne de 3,1 cas par soignant (44).

Ces résultats appuient ceux de la MIPROF en 2015 où 80% des sages-femmes ont été confrontées à des patientes victimes au moins une fois au cours des 12 derniers mois, dont 21%, de façon répétée ou régulière (49) Les chiffres sont superposables avec 87,9% des professionnels interrogés dans l'étude de Rouveyre M, qui ont déjà été confrontés au moins une fois à une situation de violences conjugales et seulement 12,1% n'a jamais vécue cette situation (52).

Selon Linassier A., le motif de consultation était :

- x IVG, 43,75 % des cas
- x Certificat de coups et blessures ou troubles psychologiques ou pathologies somatiques dans 25 % des cas
- x Suivi de grossesse dans 12,5 % des cas
- x Pour une tierce personne pour 6,25 % des cas
- x Addiction
- x Autre motif

Dans 25 % des cas, il s'agissait de victimes ayant consulté spontanément pour en parler. Dans une étude de 2019 par M. Peyrelongue sur la Nouvelle Aquitaine, 93 % des femmes victimes de violences conjugales interrogées avaient consulté leur médecin traitant au moins une fois dans l'année en majorité pour des motifs psychologiques (fatigue 60 %, difficultés à dormir 57 %, angoisse 52 %, prescription de psychotropes 42 %) (74). De plus 63 % d'entre elles avaient parlé des violences conjugales avec un médecin généraliste, pour moitié à l'initiative du professionnel de santé et l'autre moitié à l'initiative de la victime.

On retrouve les mêmes résultats avec l'étude de Ledoux A, auprès des médecins généralistes du Pays Basque. Lors de la découverte des violences conjugales, le motif de consultation était explicite, c'est à dire « violences déclarées par la victime » pour seulement 63,4 % des femmes. La patiente venait en consultation pour un autre motif dans 36,7 % des cas (14).

Concernant les consultations aux urgences, selon Lucine A., en 2019 parmi les médecins urgentistes en Aquitaine qui déclarent avoir déjà réalisé un repérage des violences conjugales aux urgences, 78,5% le font lors d'une demande de certificat de coups et blessures et 68,4% lorsque le motif de consultation est de la traumatologie. Ils étaient moins de 20% à réaliser ce repérage de manière systématique (58).

Dans un ouvrage publié en 2019, Gilles Lazimi nous interpelle sur « *Notre incapacité à supporter la souffrance de ces patientes nous amenait à mettre en place des stratégies d'évitement pour ne pas voir, ne pas penser les violences et la souffrance des victimes en leur attribuant la responsabilité de rester et des stratégies aggravées par les a priori de notre société envers les femmes et la sexualité.* » (36). Ainsi le médecin généraliste peut être influencé par les a priori. Il rapporte aussi que **nombre de symptômes somatiques ou psychologiques fonctionnels, récurrents, et/ou persistants avec échecs des thérapeutiques classiques peut trouver sa cause dans les violences conjugales**, notamment les syndromes douloureux chroniques abdomino-pelviens ou non. La relation médecin/patiente ou professionnel de santé/patiente peut être altérée par cette violence conjugale, avec impression de non adhésion aux soins, d'errance entre plusieurs professionnels, d'agressivité ou conflit avec la patiente.

C. Dans l'évaluation

Dans l'étude de Rouveyre M., seulement 11% des participants à l'étude réalisaient un dépistage systématique des violences conjugales et 24% des professionnels ne faisant pas un dépistage systématique des violences conjugales attendaient que la patiente en parle spontanément pour dépister une telle situation (52). Dans cette étude les moyens de dépister étaient bornés par une question directe « *être vous victime de violences conjugales ?* » ou une question indirecte « *tout se passe-t-il bien dans votre foyer ?* » et non pas par un questionnaire.

Dans l'enquête de la MIPROF, 19% des sages-femmes déclarent pratiquer le dépistage systématique, 27% posent systématiquement la question « avez-vous été victime de violences » lors de l'entretien du 4ème mois (49).

Concernant les médecins généraliste du Pays Basque, en 2019, Ledoux A. retrouve un faible taux de médecins réalisant le dépistage systématique auprès de nouvelles patientes, soit seulement 2,5 % (14). Les taux varient fortement entre médecins ayant reçu une formation et ceux n'en ayant pas reçu. Ainsi dans le groupe des médecins formés ils étaient près de 10 % à le faire contre aucun dans le groupe des médecins n'ayant pas eu de formation.

D. Dans l'action et l'orientation

Dans l'étude de Linassier A., seuls 43,8 % des professionnels se sentaient capables de prendre en charge une victime (44).

Le rôle du professionnel sera d'accompagner la victime, de l'orienter vers des référents judiciaires et sanitaires (association, centre de PMI, Unité Médico-Judiciaire, police pour dépôt de plainte) pour la protéger ainsi que pour protéger ses enfants. Il devrait aussi constituer un dossier médical documenté par des certificats médicaux détaillés, des examens complémentaires si nécessaire.

Des unités médico-judiciaires (UMJ) ont été mises en place dans de nombreux établissements de santé, destinées aux procédures judiciaires. Elles ont pour but d'accueillir et examiner les victimes qui leur sont adressées sur réquisitions judiciaires et de rédiger un certificat médical retranscrivant les faits, les lésions physiques et/ou psychologiques et fixant l'incapacité totale de travail (ITT). Ce document constitue un élément de preuve prépondérant dans le dossier de la patiente. Le financement de ces structures relève du ministère de la Justice. Sur notre territoire, à Bordeaux, le CAUVA créé en 1999 est devenu une unité médico-judiciaire. Cette structure hospitalière consacrée à la médecine légale est destinée à accueillir les victimes de violences, mais pas uniquement sur réquisition (75). Elle accueille aussi les personnes majeure de façon spontanée après agression sexuelle ou violences familiales. Ils peuvent garder le dossier médical à titre conservatoire si la victime est majeure et ne désire pas porter plainte de suite.

Dans l'étude de Rouveyre M, sur les 73 médecins inclus, 68,5% avaient déjà établi un certificat médical comprenant une ITT concernant des violences conjugales (52). Il devra aussi rechercher des signes de gravité de la violence notamment sur la fréquence, l'intensité, le contexte (notamment de grossesse), les conséquences de la violence et la dangerosité de l'auteur des violences.

Dans cette étape aussi la formation des professionnels est importante : Ledoux A rapporte que les médecins formés orientent davantage la patiente vers une association de victimes à 62,5 % contre 16 %. Ils sont également plus nombreux à proposer une orientation multiple (à 50 % contre 16 %). Pour les deux items la différence est statistiquement significative (14). M. Peyrelongue retrouve des chiffres aussi bas, lors d'entretien avec des femmes victimes orientées vers une association, seulement 12% l'ont été par leur médecin (74).

De plus une revue systématique de la littérature selon Cochrane conclue que les actions de soutien intensif (foyers et refuges) peuvent améliorer la vie quotidienne pour les femmes lors de violences conjugales à court terme et réduire les abus physiques un à deux ans après l'intervention (76). Il n'existe cependant, pas encore de preuve probante sur la réduction des abus sexuels, émotionnels, ou des bénéfices sur la santé mentale des femmes. En revanche, **dans le cadre de la grossesse, des actions, même brèves peuvent apporter des bénéfices** sur la santé mentale à court terme et réduire les abus.

L'étude CRESS retrouve également que la sortie des violences est initiée par deux points forts, la place des enfants dans la décision (lui même déclencheur, signalement) et le rôle d'un tiers (professionnel ou proche) (22). Comme nous l'avons déjà évoqué, l'HAS nous rappelle que « *toute situation de violence au sein du couple constitue une situation de maltraitance pour les enfants qui y sont exposés* » (7), et ils nécessitent eux aussi une prise en charge.

Dans l'actualité récente, une loi a été adoptée le 21 juillet 2020 visant à améliorer la protection des femmes victimes de violences conjugales (77). L'article 8 introduit une nouvelle exception à la règle du secret professionnel afin de permettre aux professionnels de santé de signaler au procureur de la République les violences au sein du couple en cas de danger immédiat pour la vie de la victime et de situation d'emprise. « *L'information pourrait être transmise au procureur de la République à deux conditions cumulatives : si le professionnel de santé a l'intime conviction que la victime est en danger immédiat et que la victime se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences. Quand ces conditions sont réunies, le professionnel de santé peut procéder à un signalement, éventuellement sans l'accord de la victime, mais toujours après s'être efforcé d'obtenir cet accord* ». « *Ainsi, seules des situations de violences graves, susceptibles d'entraîner le décès de la victime à brève échéance, pourraient justifier de déroger au secret professionnel, et seulement s'il apparaît que la victime, du fait de la relation d'emprise, ne peut déposer plainte elle-même* ». Le code pénal et l'article 226-1 4 prévoyait déjà des exceptions au secret médical concernant un mineur ou « *une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* » (78). Mais cette précision dans les textes de loi ne change par réellement la pratique des médecins, puisque la femme victime de violences pouvait déjà être assimilée à une personne vulnérable, comme c'est sous entendu dans le code pénal.

E. D'un point de vue des patients

Dans une étude réalisée en 2019 à la Réunion sur le dépistage des violences interpersonnelles, plus de la moitié des patients interrogés (56.6%) déclare que le médecin généraliste devrait systématiquement dépister ces violences, et 79.2% des patients interrogés déclarent que la prise en charge des violences interpersonnelles fait partie du rôle du médecin généraliste (79). De plus 95.8% ne perçoivent pas d'inconvénient à ce que leur médecin généraliste aborde le sujet des antécédents de violence. Peyrelongue M. retrouve les mêmes résultats, où 86 % des femmes interrogées ont ou auraient aimé que la question des violences conjugales soit abordée par le médecin généraliste et 89 % estimaient que cela faisait partie de son rôle de soin (74).

La démarche de repérage des violences au sein du couple est globalement bien acceptée par les patientes qui sont plus enclines à révéler des situations de violences si le sujet est abordé par le professionnel de santé (7).

Selon une étude de 2019 de Guessoum Y. et Bès de Berc A. sur les violences sexuelles, un nombre important de participantes a regretté l'absence de dépistage de la part du médecin généraliste, et cela véhiculait l'idée que le professionnel ne se sentait pas concerné par les violences sexuelles (80). Aussi, ils ont mis en évidence que **dépister un vécu de violences aurait pu conduire certaines victimes à faire le lien plus tôt entre leurs symptômes et leur histoire de victime**, en les aidant à prendre conscience de la situation.

F. Les freins au dépistage

Dans l'étude récente de 2019, Bonneau R. rapporte que 90% des patients interrogés n'ont jamais été questionnés sur des antécédents de violences interpersonnelles (79).

Une revue systématique de la littérature a été réalisée par Dautrevaux M en 2016 pour connaître les freins au dépistage des violences conjugales en soins primaires (81). Elle classe les freins en 3 catégories :

- liés aux professionnels de santé
 - ✗ Sentiment d'impuissance et frustration pour 14 études sur 19 incluses.
 - ✗ Manque de formation et connaissance sur le sujet pour 10 d'entre elles
 - ✗ Avis défavorable au dépistage systématique pour 9 études
 - ✗ Malaise des soignants pour 8 études

- liés au cadre professionnel
 - ✗ Contrainte de temps pour 11 études sur 19
 - ✗ Peur d'un manque d'objectivité en tant que médecin de famille pour 7 études
 - ✗ Peur des retombées médico-légales pour 7 études

- liés à la victime
 - ✗ Dissimulation par la femme de la violence subie pour 9 études sur 19
 - ✗ Ambivalence des victimes, remise en cause de leur crédibilité pour 9 études
 - ✗ Crainte de représailles du conjoint pour la victime dans 6 études

Nous retrouvons les mêmes freins dans l'étude de Linassier A.. Parmi ceux qui n'effectuaient pas de dépistage, la raison invoquée était un sentiment d'impuissance (63,3 %), un manque de formation médicale (36,4 %), l'absence de test de dépistage disponible (34,4 %), un manque de temps (18,2 %), la peur d'être intrusif (18,2 %), un manque de travail en réseau (18,2 %), une patientèle peu concernée par le problème (9,1 %), et le fait de ne pas sentir à l'aise avec le sujet (9,1 %) (44).

Plus récemment, dans l'étude de Ledoux A., les médecins déclaraient avoir pour 64,2 % d'entre eux une méconnaissance du réseau de soin pour orienter efficacement la patiente (14). De plus l'absence de symptômes spécifique pour 58 % des médecins est une des difficultés majeures concernant le repérage.

Toutefois, Dautrevaux M. conclue que la lecture chronologique des articles retrouve **une amélioration de la sensibilisation au problème, une augmentation du taux de dépistage, ainsi qu'une meilleure prise en charge des victimes**. Une étude américaine réalisée en 2015 sur les programmes de dépistage et intervention lors de violences conjugales suggère aussi que la quantité de dépistage et d'identification est un peu plus élevée que celle rapportée dans les premières études sur le sujet. Mais les chiffres continuent de refléter une carence dans l'identification des patientes victimes de violences conjugales (55).

Ce questionnaire pourrait ainsi permettre d'améliorer le dépistage des femmes enceintes victimes de violences conjugales dans le cadre du suivi de grossesse. Il n'existe pas d'étude en France de faisabilité du questionnaire WAST-fr en ambulatoire et dans la population des femmes enceintes. Il serait alors utile de savoir si le questionnaire WAST-fr est faisable pour un professionnel de santé lors d'une consultation de suivi de grossesse en ambulatoire.

II. Matériel et méthodes

1. Recherche documentaire

Selon une revue de la littérature menée par O'Doherty et Al en 2015 sur l'identification des violences conjugales, le dépistage systématique dans les établissements de soins augmente l'identification des femmes subissant des violences exercées par un partenaire intime (46). Les femmes enceintes pourraient être plus susceptibles de dénoncer les violences exercées par un partenaire intime lorsqu'elles sont interrogées. En effet, elles étaient 4 fois plus susceptibles d'être identifiées par les interventions de dépistage par rapport aux femmes enceintes non dépistées.

La notion de dépistage systématique inclut un protocole clair et reproductible, comparable aux autres dépistages organisés en France (cancer du colon, cancer du sein, cancer du col de l'utérus), ce qui n'est pas le cas dans le dépistage des violences conjugales. Cela peut être une des raisons, voire la plus importante, au peu d'adhésion des médecins et aux recommandations non respectées. Selon Mu-Sek-Sang R. l'absence de protocole de dépistage pourrait expliquer le fait que de nombreux médecins généralistes se sentent démunis, en effet 46% des médecins interrogés déclarent manquer d'un outil de dépistage systématique (56).

La durée moyenne de consultation évaluée par le médecin est de 16 minutes (82). Selon une étude de 2012, la durée moyenne de consultation de médecine générale était de 12 minutes et 48 secondes (avec un écart type de +/- 8 minutes) (83). L'interrogatoire moyen durait 15% de la consultation soit 97 secondes (entre une et deux minutes). Quant aux consultations de grossesses, les sages-femmes passent en moyenne 20 minutes par consultation (84). Il nous fallait donc un outil utilisable en pratique de médecine ambulatoire, avec la qualité d'être réalisé rapidement. Un questionnaire trop long à remplir serait un frein à l'utilisation en pratique quotidienne.

Concernant le questionnaire WAST-fr, selon Bolot A., 69.2% des médecins généralistes pensaient qu'il était réalisable durant une consultation, 76.3% pensaient que c'était un bon outil de dépistage 46.1% étaient prêts à l'utiliser dans leur pratique quotidienne (51). De plus l'étude de Mac Milian rapporte qu'un **questionnaire administré par le professionnel de santé est plus efficace qu'un auto-questionnaire** (50)

Nous avons alors dans cette étude choisi de dépister les violences conjugales à partir d'un questionnaire validé, le WAST-fr, version française validée du WAST. Ce questionnaire sera administré par le professionnel pour augmenter l'efficacité du dépistage. Le questionnaire WAST répond aux critères d'un test de dépistage systématique simple, fiable, reproductible et valide (45). Il présente une bonne acceptabilité par la population (44) et il a de bonnes performances intrinsèques (spécificité, sensibilité) même dans sa version française (43).

Bien que les sages-femmes et les gynécologues soient les acteurs premiers dans le soin périnatal, nous nous intéressons aussi particulièrement aux médecins généralistes. En effet, c'est l'acteur de la coordination des soins, il connaît ses patientes et l'entourage familial. Dans certaines études, jusqu'à 80% d'entre eux ont une activité de gynécologie (85,86). Plus du tiers de ces actes

est lié à la prise en charge de la contraception, plus de 20% à celle de la ménopause et plus de 18% au suivi de la grossesse (87). Ainsi, **plus de 75% des actes de médecine générale à orientation gynécologie sont réalisés pour les états de santé "physiologiques" de la femme** : contraception, grossesse, ménopause.

Concernant la réalisation du questionnaire WAST-fr en France, il existe trois études françaises :

- « *Identification des violences conjugales en médecine générale : évaluation de deux interventions* » (51)

En Franche-Comté, en 2011 Bolot A. et Dumel F ont mené une étude comparative entre une intervention passive dans le dépistage des violences (dépliants en salle d'attente) et une intervention active (par réalisation du questionnaire WAST), en médecine ambulatoire. Ils ont démontré que le groupe « questionnaire WAST » a identifié 28,9% des femmes comme victimes contre 2,1% dans le groupe « dépliant ». Ils ont aussi retrouvé que le questionnaire WAST était un outil faisable en consultation de médecine générale.

- « *Place d'un dépistage systématique des violences conjugales pendant la grossesse* » (88)

Cette étude multicentrique, sur Montpellier, a été réalisée par Ginieys M. en 2013, sur 250 femmes qui venait d'accoucher. Un total de 10,8% des femmes incluses ont été dépistées positives via le questionnaire WAST, administré par les sages-femmes de suites de couches (donc en milieu hospitalier). Aussi 30% d'entre elles ont déclaré que les violences avaient débuté pendant la grossesse.

- « *Application du questionnaire WAST en France dans le dépistage des violences conjugales en médecine ambulatoire* » (44)

C'est une étude quantitative descriptive prospective réalisée par Linassier A., en 2017, dans la Vienne, en milieu ambulatoire auprès de plusieurs professionnels de santé (médecins généralistes, de sages-femmes libérales, et de centres de PMI). Son étude retrouve aussi 9% de femmes victimes dépistées.

Le but de cette thèse est donc de déterminer la faisabilité du questionnaire WAST-fr en consultation ambulatoire chez la femme enceinte en Gironde et il n'est pas d'établir une prévalence des femmes enceintes victimes ou de dépister des femmes enceintes victimes de violences conjugales.

2. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude prospective, multicentrique, observationnelle, quantitative en Gironde auprès de professionnels de santé en ambulatoire (médecin généralistes et sages-femmes libérales ou de PMI).

Le projet de thèse a été déposé au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux le 18 mars 2019. Cette enquête a fait l'objet d'un engagement de conformité MR003 à la CNIL le 19 septembre 2019.

3. Population

La population cible est caractérisée par les femmes enceintes, en couple, ayant un suivi ambulatoire (total ou partiel) en cabinet de médecine générale, de sage-femme libérale ou de sage femme de PMI.

Les professionnels de santé investigateurs sont les sages femmes libérales (SFL) ou de PMI (SFPMI) et médecins généralistes (MG) en Gironde. Pour améliorer l'homogénéité, chaque professionnel de santé investigateur devait réaliser 15 questionnaires maximum.

4. Questionnaires

Nous avons utilisé 2 questionnaires (Annexe 2 et 3). Pour le questionnaire « Patiente » nous avons choisi d'utiliser le questionnaire WAST en français de l'étude de JB Brown comme outil de dépistage (43). Il comporte 7 questions dans sa version française, auxquelles nous avons rajouté la question 8 sur les violences sexuelles, sans la compter dans le score total pour respecter le barème utilisé par JB Brown et A. Linassier.

Nous avons aussi repris les mêmes critères d'inclusion que les études canadiennes, à savoir :

- x Sexe féminin
- x Être majeur
- x Maîtrise de la langue française
- x Venue seule en consultation
- x Être en couple depuis au moins 1 mois
- x Être suivie régulièrement par l'opérateur

Nous avons aussi repris les critères de non-inclusion utilisés dans l'étude de Linassier A., à savoir :

- x Déficits cognitifs
- x Troubles psychotiques
- x Troubles sensoriels sévère (auditifs ou visuels non appareillés)

Nous avons rédigé un questionnaire « professionnel de santé » pour recueillir le ressenti du professionnel sur son utilité, la compréhension du test et l'impact sur la prise en charge des patientes.

Si le questionnaire « Patiente » contenant le questionnaire WAST était positif, nous avons remis aux professionnels une fiche de contacts ressources afin de l'aider à orienter la patiente (Annexe 4).

5. Critère de jugement

L'objectif principal a été de mesurer le temps de réalisation du questionnaire par le professionnel. Le critère de jugement principal était donc le temps de réalisation du test (en minutes), discussion après test non comprise. Nous avons défini le seuil maximal à 3 minutes, après

recherche sur les différentes durées de la consultation en médecine générale adapté au temps nécessaire à la consultation de suivi de grossesse.

Les objectifs secondaires étaient de faire un état des lieux du dépistage des violences conjugales chez la femme enceinte, de déterminer le ressenti du professionnel de santé sur l'utilité, et l'impact sur la prise en charge des patientes.

6. Réalisation de l'enquête

A. Recrutement des professionnels

Le recrutement des professionnels s'est fait par mail de décembre 2019 à mars 2020 (Annexe 5). Concernant les médecins généralistes, nous avons envoyé un mail par le biais de 3 associations de médecins, celles du secteur de garde du Réolais et de Rauzan, de la FMC de Gradignan et de celle d'Arcachon. Concernant les sages-femmes nous avons contacté par mail les sages-femmes du secteur du Sud Gironde et du cabinet de Bordeaux Caudéran, ainsi que les sages-femmes de PMI. Une première relance pour le recrutement des professionnels a été effectuée en Janvier 2020 puis en Mars 2020.

B. Collecte et analyse des données

La réalisation des questionnaires « Patiente » s'est déroulée de Décembre 2019 à fin Août 2020 et de Septembre à Octobre 2020 pour les questionnaires « Professionnel ». Concernant les questionnaires « Patiente », une relance a été faite en mars puis juillet 2020.

Le questionnaire patiente a été posé à la patiente par le professionnel de santé, une fois pendant le suivi de grossesse. Les questionnaires « Patiente » ont été réalisés par le professionnel de santé en présence de la patiente seule en consultation, à n'importe quel stade de la grossesse. Le consentement a été recueilli à l'oral lors de la consultation et notifié dans le questionnaire « Patiente ».

Les données ont été collectées par fichier Excel avec Google Form pour les statistiques.

III. Résultats

1. participation à l'étude

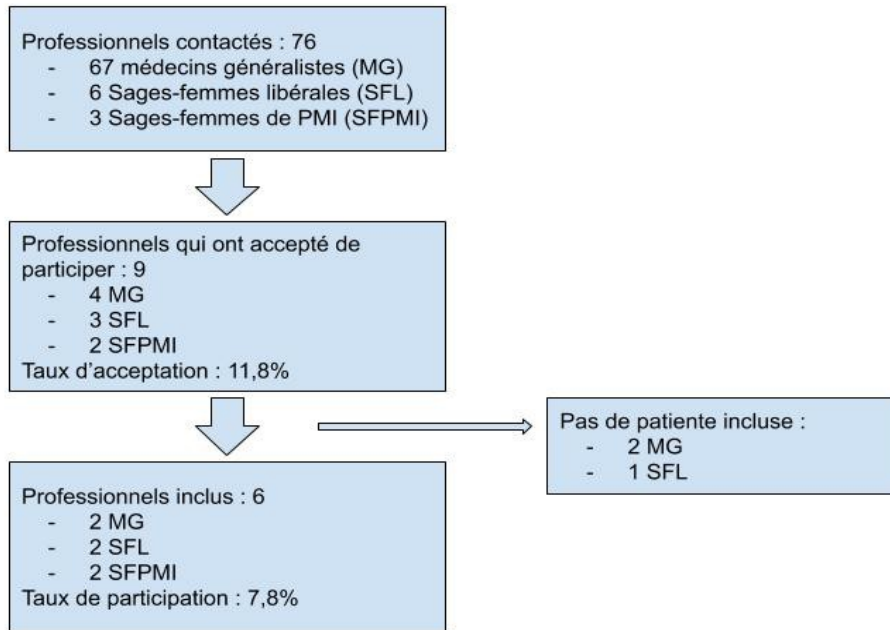


Diagramme de flux

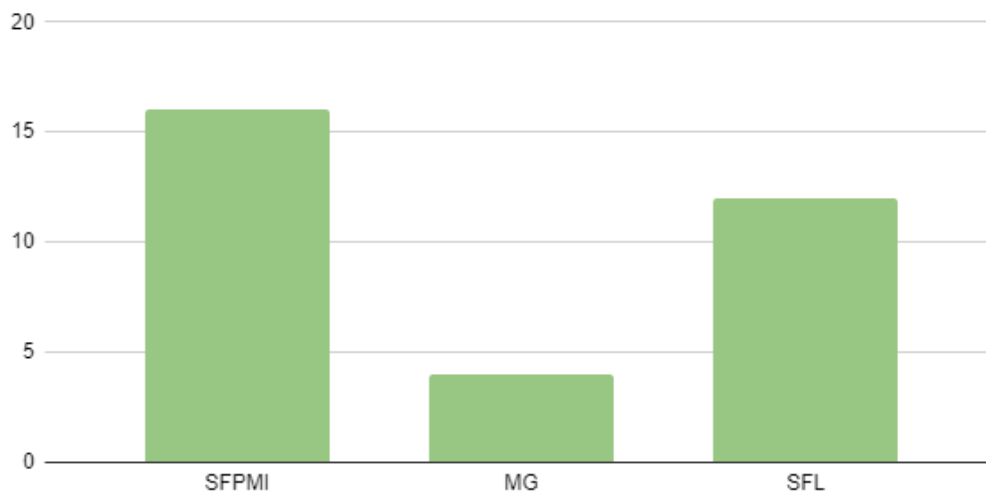
Sur les 76 professionnels de santé contactés, seulement 9 ont accepté de participer, soit un taux d'acceptation à 11%. Et sur les 9 professionnels ayant accepté, seulement 6 ont réellement participé à l'étude en réalisant au moins 1 questionnaire (soit 7,8% de tous les professionnels contactés). Parmi ces 6 professionnels, il y avait 2 médecins généralistes et 4 sages-femmes (2 de PMI et 2 libérales). A noter que les participants à l'étude sont tous de sexe féminin.

2. Réalisation des questionnaires

Pendant la période d'inclusion, 32 questionnaires ont été proposés par 6 opérateurs soit une moyenne de 5,33 questionnaires par professionnel. Du côté des patientes nous avons obtenu un taux de participation à 96,8%. Une seule patiente a refusé de participer à l'étude, nous ne connaissons pas le motif du refus. Nous avons donc récupéré 31 questionnaires.

Les sages-femmes ont réalisé plus de questionnaires que les médecins généralistes ce qui paraît cohérent compte-tenu du recrutement de la population cible, les femmes enceintes.

Nombre de questionnaires selon l'exercice



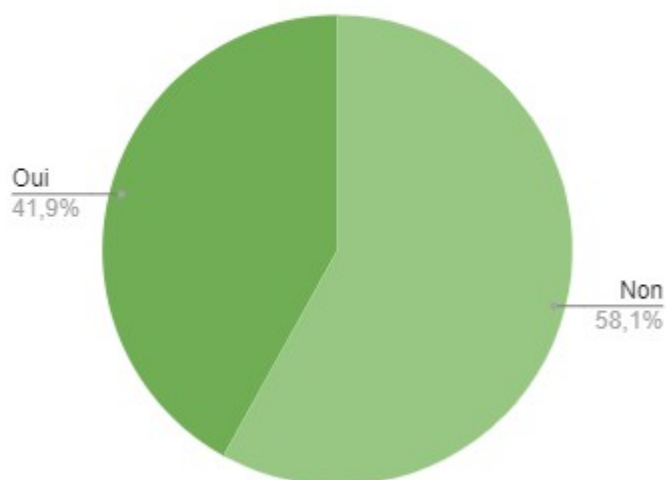
3. Résultats des questionnaires

A. Questionnaire « Patiente »

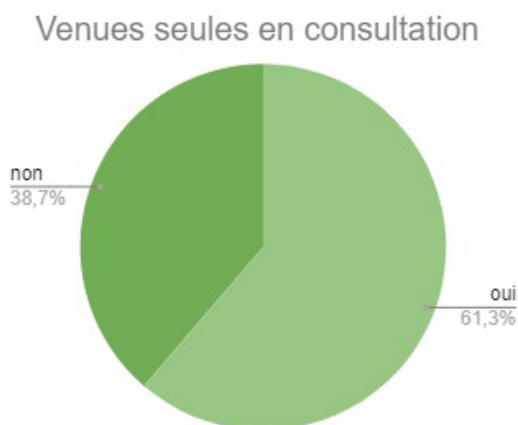
- Critères d'inclusion et d'exclusion

Au total, 13 patientes ont été exclues de l'étude, soit 41,9 % de l'effectif. En effet, 11 patientes présentaient au moins un critère de non-inclusion, 2 patientes présentaient un critère de non inclusion et 1 critère d'exclusion.

Présence de critère d'exclusion ou de non inclusion



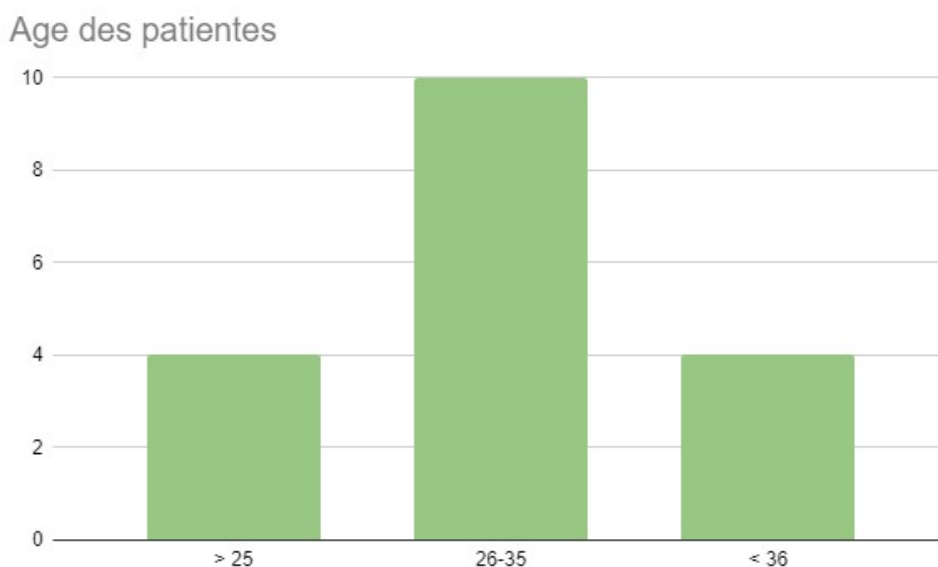
En reprenant les critères d'inclusion de JB. Brown, nous avons exclu 12 patientes qui étaient venues en consultation accompagnées (de leur conjoint ou proche) dont 2 ne maîtrisant pas la langue française et une patiente mineure. Le critère de non inclusion le plus discriminant est donc l'item « *venue seule en consultation* », concernant 38,7% de l'effectif total. En effet les compagnons ou pères viennent en consultation de suivi de grossesse, ce qui peut être une bonne chose concernant l'implication du futur père dans la grossesse et dans la vie de l'enfant à venir.



Concernant les critères d'exclusion, 2 patientes étaient concernées, pour un déficit cognitif. Et les 2 patientes étaient déjà exclues car accompagnées lors de la consultation.

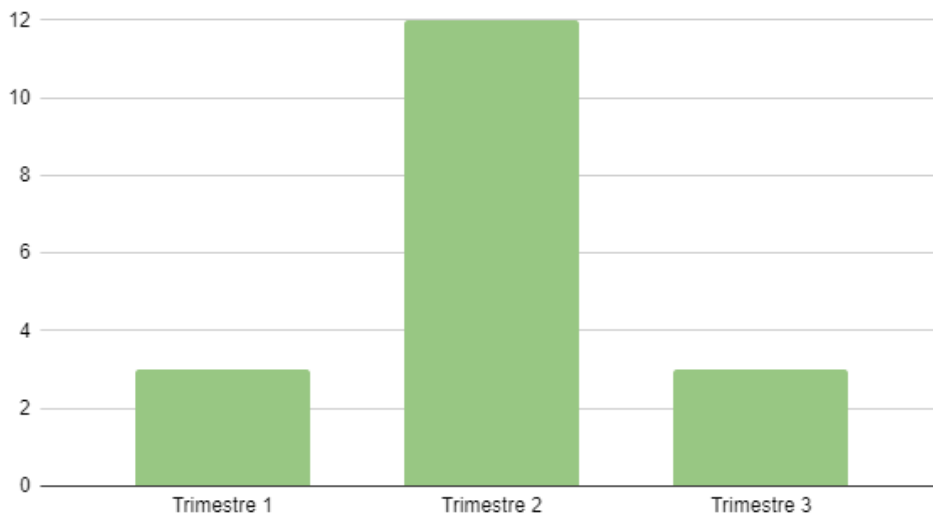
- **Caractéristiques des femmes enceintes incluses**

La moyenne d'âge des patientes incluses était de 29,5 ans. La majorité des patientes avait entre 26 et 35 ans.



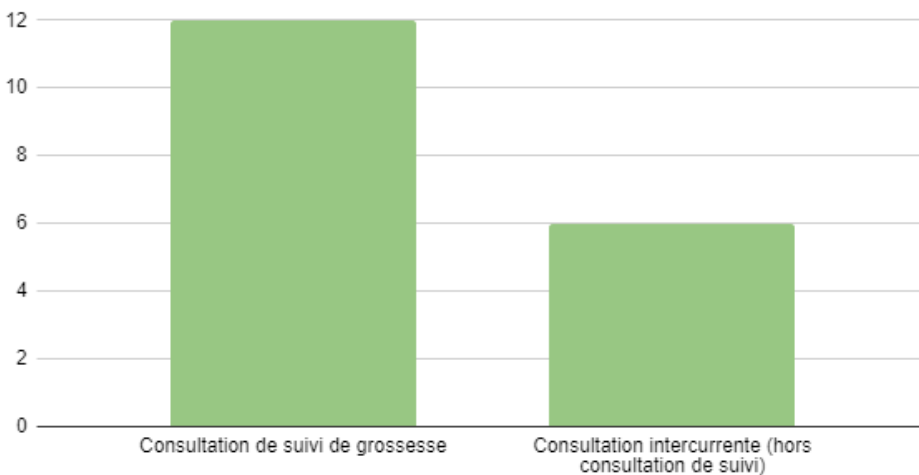
Concernant le stade de la grossesse, elles étaient en moyenne à 22 SA, avec 38,7% des patientes au deuxième trimestre de grossesse.

Stade de la grossesse



Le questionnaire a été réalisé pendant une consultation de suivi pour 2/3 d'entre elles, et pendant une consultation intercurrente pour le 1/3 restant.

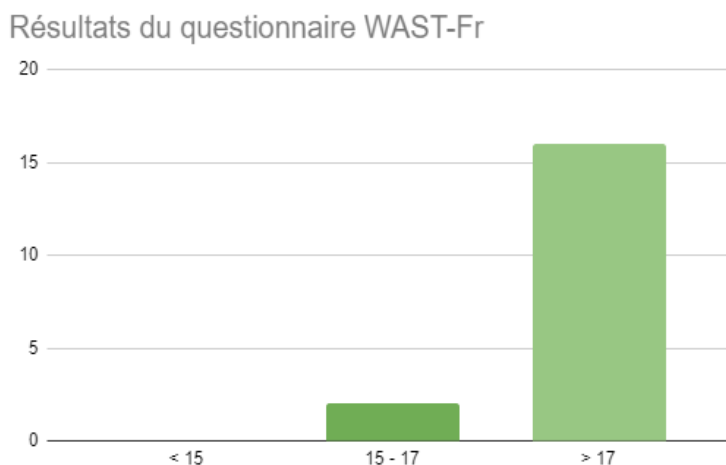
Durant quel type de consultation le questionnaire a-t-il été réalisé ?



B. Questionnaire « WAST »

- **Score total**

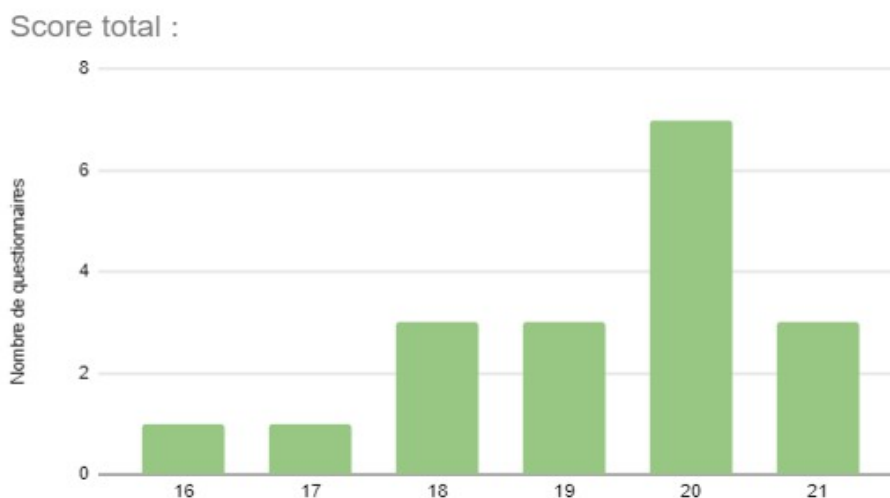
Au total, 18 questionnaires WAST-Fr ont été analysés. Sur les 18 questionnaires, 16 avaient un score supérieur à 17 donc à risque faible de violences conjugales (soit 88,9%) et 2 questionnaires avaient un score entre 15 et 17 (soit 11,1%), indiquant un risque modéré de violences conjugales. Nous n'avons pas obtenu de résultat inférieur à 15, catégorie à risque élevé de violences conjugales. La moyenne du score total est de 19,3.



Du fait du petit nombre de questionnaires recueillis nous ne nous permettons pas de faire une corrélation avec les chiffres nationaux.

- **Score des différents items**

Parmi la catégorie « *risque faible* » avec un résultat supérieur à 17, il existe une hétérogénéité des scores totaux avec seulement 2 patientes avec un score maximal à 21. Il y a 4 patientes avec un score à 20, qui ont ainsi répondu du façon intermédiaire à 1 item, une patiente avec un score à 19 et 2 patientes avec un score à 18.



Si on regarde les résultats par items, **5 patientes sur 31 ont déclaré entretenir une relation de couple « un peu tendue » soit 27,8 % des patientes interrogées** (item 1).

Sur l'item 2, c'est **44,4% des patientes qui déclarent solutionner le conflit dans leur couple avec « une certaine difficulté ».**

L'item suivant explore l'estime de la patiente. **72,2 % d'entre elles ont répondu « parfois » à la question « Vos disputes vous font-elle vous déprécier ou vous bouleversent-elles ? ».** Et une patiente à répondu « souvent » à cette question.

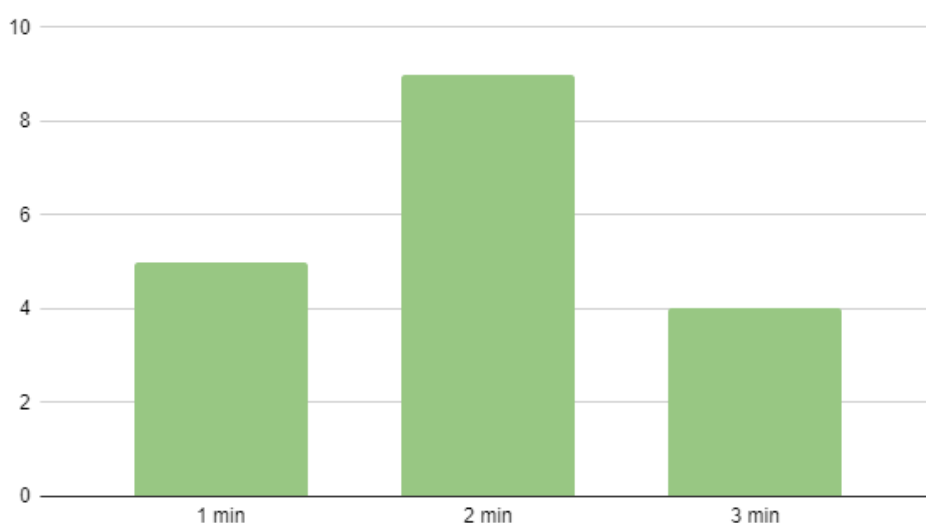
Concernant l'item 5, une seule patiente à répondu « parfois » à la question « Avez vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire? ».

- **Temps de réalisation du test**

La réalisation du test a duré entre 1 et 3 minutes, avec une moyenne de 1 min et 56 secondes. 22% des questionnaires ont été réalisés en 3 minutes. Un temps de réalisation long n'est pas corrélé à un score plus bas (donc plus à risque de violences conjugales).

Notre hypothèse de départ est vérifiée. Avec un temps moyen inférieur à 2 minutes, ce test est réalisable en consultation ambulatoire chez la femme enceinte, puisque cette consultation ambulatoire dure entre 15 et 20 minutes (consultation intercurrente ou de suivi de grossesse) (82–84).

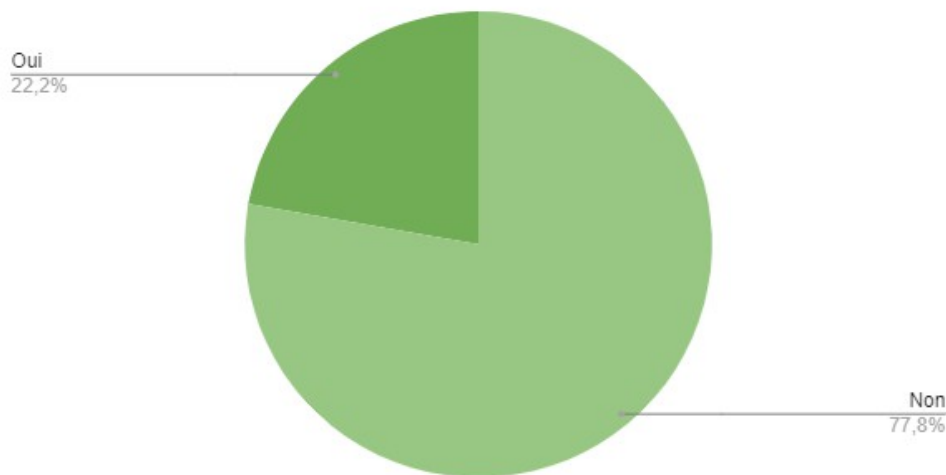
Temps de réalisation du questionnaire



- **Dépistage antérieur des violences conjugales**

Concernant le questionnement antérieur sur les violences conjugales, seules 22,2% des femmes interrogées ont été interrogées sur la thématique des violences conjugales par un professionnel de santé. **Il y a donc 77,8 % de l'échantillon qui n'a jamais été questionné sur ce thème.** Les données étant recueillies à posteriori il y a un probablement un biais de mémorisation.

Patientes ayant déjà été interrogées sur des antécédents de violence conjugale



Parmi celles ayant déjà été interrogées, deux l'ont été par leur médecin traitant, une par une sage femme lors d'une précédente grossesse, et une lors d'une consultation au CMP.

C. Questionnaire « professionnel de santé »

- **Caractéristiques des professionnels inclus**

Nous avons pu recueillir 6 questionnaires «Professionnels de santé » soit 100% des professionnels opérateurs.

Quatre professionnels de santé avaient entre 30 et 50 ans, 1 professionnel avait moins de 30 ans et 1 avait plus de 50 ans. Il y avait 1/3 de médecins généralistes, 1/3 de sage femme de PMI et 1/3 de sages-femmes libérales. Concernant les médecins généralistes, 1 sur les 2 avait fait une formation spécifique en gynécologie obstétrique.

Parmi tous les professionnels participants, seuls 1/3 avait reçu une formation spécifique sur les violences conjugales, en intervention brève ou en formation initiale.

100% de l'échantillon ne connaissait pas le questionnaire WAST avant de participer à l'étude et aucun ne connaissait d'autre moyen de dépistage.

- **Faisabilité**

Tous les professionnels répondants ont admis que le temps de réalisation du questionnaire WAST était adapté à une consultation ambulatoire.

- **Pertinence**

84% des professionnels répondants ont aussi pensé que ce test de dépistage était utile dans leur pratique quotidienne. Nous avons cependant eu deux commentaires : il permet d'ouvrir la discussion avec la patiente sur le sujet et il fait prendre conscience à la patiente que le secteur médical accorde de l'importance à ce problème.

50% des professionnels pensaient que le test était utile pour prendre en charge toutes les patientes, 33,3% pour aider au dépistage des patientes avec fragilité ou en cas de violences conjugales. 50% d'entre eux se disait prêt à continuer l'utilisation du questionnaire pour certaines patientes, l'autre moitié ne le souhaitait pas et aucun n'était prêt à l'utiliser pour toutes les patientes.

Pour ceux qui ne souhaitent pas continuer à l'utiliser les raisons invoquées étaient :

- × le format papier,
- × choix d'utiliser une question simple pour dépister
- × choix d'utiliser plusieurs questions propres à l'opérateur
- × le fait de ne pas savoir prendre en charge les patientes dépistées (pour 2 professionnels)

Une patiente s'est révélée comme ayant été victime de violences conjugales à la consultation suivante, en reparlant du questionnaire, celui-ci n'étant pas revenu positif. Un des questionnaires avec un score à 17 concernait une patiente déjà identifiée comme victime de violences conjugales.

- **Aise des professionnels de santé**

Concernant, l'aise des professionnels les avis sont plus partagés. Un professionnel s'est dit « *mal à l'aise* » lors de la réalisation du test, en commentant que c'était le format papier qui la gênait.

Pour les autres, 3 professionnels n'ont pas été mal à l'aise à la réalisation du questionnaire et 2 professionnels se sont sentis « *parfois* » mal à l'aise avec certaines patientes, notamment quand le contexte de violences conjugales était connu ou suspecté mais non verbalisé par la patiente.

IV. Discussion

1. De l'étude

A. Apports

L'objectif principal de la thèse était de prouver la faisabilité du questionnaire WAST-Fr en consultation ambulatoire chez la femme enceinte. **Nous avons démontré que le questionnaire WAST-Fr, avec un temps inférieur à 2 minutes est réalisable en consultation ambulatoire.** La force de notre étude réside dans la pluridisciplinarité ayant mis en commun le travail des médecins généralistes et des sages-femmes non seulement libérales mais aussi de PMI. Nous aurions aussi pu convier les gynécologues dans ce travail.

C'est une étude originale puisqu'elle s'adresse aux femmes enceintes uniquement, pour insister sur un dépistage systématique, comme ce qui est encouragé par les recommandations de bonnes pratiques.

Malgré un faible taux de participation, notre étude semble avoir eu un autre résultat intéressant : **le nombre de patientes encore non dépistées.** Il reste encore beaucoup d'efforts à faire puisque nous retrouvons aussi un pourcentage très bas, à 22% de l'échantillon, concernant l'interrogation des patientes sur les dépistages antérieurs des violences conjugales, bien loin des recommandations et du dépistage systématique.

B. Limites

Aucun calcul statistique n'a été réalisé en amont de l'étude pour définir un nombre minimal d'inclusions pouvant rendre la population d'étude significative.

Nous avons un taux faible de participation et nous avons recueilli un nombre de réponses limité. Le taux d'adhésion des professionnels n'est pas très élevé, avec 7,8% de participation, il peut s'expliquer par l'investissement personnel du professionnel (temps de compréhension de l'étude, temps de réalisation des questionnaires, temps d'échange avec le thésard) important mais nécessaire à la réalisation de l'étude.

La période de pandémie de coronavirus actuelle peut aussi expliquer le peu d'adhésion, puisque les travaux ont commencé en Décembre 2019. Début mars il y a eu une forte déprogrammation des soins et consultations, avec notamment le recours à la télé-médecine. Les téléconsultations ne faisaient pas partie du protocole initial. La période sanitaire n'a probablement pas été propice à l'adhésion aux questionnaires de thèse de façon générale.

Cela révèle peut être aussi le peu d'intérêt des professionnels pour ce sujet malgré le contexte de confinement et la notion d'augmentation des violences conjugales pendant cette période, bien relatée par les associations.

Il existe un **biais de sélection** sur le recrutement des professionnels. Nous n'avons pas pu faire un tirage au sort pour uniformiser les pratiques devant le peu de réponses positives. Ainsi nous avons opté pour le volontariat, induisant ce biais de sélection. En effet, les praticiens les plus intéressés par le sujet sont ceux qui ont le plus répondu positivement. Ce biais est encore plus marqué car les professionnels sont tous de sexe féminin.

Pour ce qui est des patientes, il y a eu un biais de sélection, du fait du recrutement non consécutif de quelques patientes

L'étude étant rétrospective pour certaines questions, il existe un **biais de mémorisation**, notamment concernant les interrogations antérieures sur les violences conjugales par les professionnel de santé.

Nous notons un **biais d'homogénéisation** car 50% des questionnaires ont été réalisés par des sages-femmes de PMI, pouvant participer à un plus grand recrutement de patientes vulnérables (situations complexes, parlant peu le français, avec des troubles cognitifs...) et rentrant dans les critères de non inclusion ou d'exclusion.

2. Des résultats

- **Un outil de dépistage fiable, valide, rapide et pertinent**

Cet outil de dépistage, créé depuis plus de 25 ans, reconnu, traduit en français et validé outre Atlantique a déjà fait ses preuves pour dépister les femmes à risque de violences conjugales. Nous avons démontré qu'il était réalisable en consultation ambulatoire, chez la femme enceinte. **Son temps de réalisation de 2 minutes en moyenne permet son utilisation systématique, et d'autant plus lors de la grossesse.** L'intérêt de ce questionnaire est de dépister les femmes à risque de violences conjugales, il prend en compte plusieurs aspects de la violence (physique, psychique, sexuelle pour la question 8). Il est utile car il permet d'entamer la première étape vers une sortie des violences, à savoir le repérage.

Les opérateurs travaillant en PMI ont réalisé plus de 50% des questionnaires analysés. Cela met en évidence l'intérêt déjà connu pour ces situations de violences conjugales dans les réseaux de PMI.

Cet outil est donc performant mais reste peu connu des professionnels de santé, malgré leur demande d'un questionnaire de dépistage des violences conjugales.

- **Des critères d'inclusion et de non inclusion nécessaires mais trop restrictifs**

Nous avons observé que les critères de non inclusion et d'exclusion spécifiques au questionnaire WAST mettent à l'écart environ 40% des femmes incluses dans l'étude, pour la plupart accompagnées lors des consultations.

Deux sages-femmes ont réalisé une revue de la littérature sur le dépistage des violences conjugales pendant la grossesse. **La présence du conjoint est identifiée dans six études sur sept comme étant l'obstacle majeur au dépistage (47).** En effet depuis plusieurs années, dans le phénomène de parité et d'égalité des sexes, le père prend une place de plus en plus importante dans la périnatalité. Ce qui peut être une bonne chose pour la plupart des femmes, peut être un facteur de vulnérabilité supplémentaire pour celles victimes de violences, avec une emprise majorée par la présence de son accompagnant lors des soins périnataux.

Le second obstacle majeur est la barrière de la langue, avec la présence d'un tiers, cette présence étant parfois indispensable à des fins de traduction. Les temps de consultations sont plus longs, avec plus de difficultés à se faire comprendre. Comment alors évoquer le thème des violences conjugales lorsque qu'en plus de cet obstacle s'ajoute la présence d'un tiers, compagnon ou accompagnant ? Les autres critères de non inclusion ou d'exclusion (patiente mineure, ayant des troubles cognitifs, psychiatriques ou sensoriels) sont autant de facteurs de vulnérabilité, rendant les

situations complexes et rajoutant des difficultés au dépistage.

- **Un dépistage peu fait en pratique**

Le dépistage des violences conjugales pendant la grossesse ou même en dehors, reste trop peu réalisé. Dans notre étude, on retient le chiffre encore trop haut de 77,8% de femmes enceintes encore jamais dépistées.

- **Des professionnels encore divisés sur le sujet du dépistage des violences conjugales.**

Nous retrouvons un niveau d'aise bien inférieur à celui de l'étude de Linassier A (50% contre 91,3%) et aux études initiales de Brown JB au Canada (100%) concernant ce questionnaire WAST. Le petit nombre de professionnels recrutés peut expliquer cette différence, et les résultats ne sont alors pas comparables.

De plus 100 % de l'échantillon ne souhaite pas continuer à l'utiliser pour toutes les patientes mais seulement pour certaines d'entre elles, avec des fragilités. Les professionnels interrogés sont encore frileux à dépister. Et quand ils le font, c'est avec leur propre manière. Peut être que le manque de protocole établi est un gros frein à une uniformisation du dépistage massif. Le manque d'outil validé accroît ce phénomène.

Nous mettons ainsi en évidence les différentes difficultés qui perdurent dans l'adhésion des professionnels à ce dépistage, pourtant recommandé.

3. Réflexions

La plupart des professionnels de santé s'accordent pour dire que leur rôle dans le dépistage ne consiste pas à permettre aux femmes de sortir d'une relation abusive (38) . Cependant, l'identification précoce permet d'orienter et d'alerter d'autres professionnels dit « ressources ». Puisque il y a des preuves qu'**une intervention plus précoce apporte de meilleurs résultats que l'intervention tardive (36).**

Le WAST est donc un bon outil de dépistage des violences conjugales. Il reste peu connu par les professionnels. **Il faut donc augmenter les formations des professionnels sur le sujet des violences conjugales** et surtout du dépistage pour démocratiser ce questionnaire, simple et rapide.

Pour que le WAST-fr soit adopté par un plus grand nombre de praticiens, une solution serait de le faire compléter aux patientes seules en salle d'attente, même si cela induit une baisse d'efficacité. Cela permettrait de préparer la consultation, d'augmenter le nombre de femmes dépistées et d'être moins chronophage pour le praticien. Il serait alors licite de réaliser une étude prospective évaluant le questionnaire WAST, réalisable dans la salle d'attente, en préparation de la consultation ambulatoire. Et pourquoi ne pas reprendre les mêmes codes que pour certaines maladies ou addictions, une courte période d'informations intenses et de sensibilisation ? A l'instar du Moi(s) sans tabac, Octobre Rose, Movember ?

Nous pourrions aussi prouver l'efficacité d'un dépistage systématique par un essai contrôlé randomisé évitant ainsi le biais de sélection de la population qui persiste dans les autres études comparatives.

V. Conclusions

Cette thèse s'inscrit dans une thématique plus que jamais au cœur de notre société, aux enjeux majeurs qui devraient être dans les préoccupations des professionnels de santé.

Nous sommes de plus, dans une période particulière et inédite au XXI^e siècle, de pandémie du monde moderne. Les confinements successifs ont vu une augmentation des faits de violences conjugales, sans que le lien entre les deux ait pu être fait de façon certaine. Le rapport HCE de 2020 nous interpelle sur l'influence de la crise sanitaire actuelle, qui peut se voir comme un révélateur des violences conjugales, aggravant certaines situations (21). On peut y lire que « *la FNSF [Fédération Nationale de Solidarité pour les Femmes] a reçu 44 235 appels et en ont pris en charge 15 610 entre le 16 mars et le 10 mai, dont beaucoup émanaient de proches des victimes* ». Pour comparaison, le 3919 a pris en charge 53 255 appels sur toute l'année 2018 (89). Nous verrons dans quelques mois, les effets du deuxième confinement, voire de plusieurs autres confinements successifs, donnant l'alerte d'une situation critique et en recrudescence constante.

Si on considère qu'en plus de toutes les situations connues, **il existe de façon certaine un chiffre noir de situations inconnues aux yeux de toutes les institutions** (médicales, judiciaires, sanitaires et sociales), l'ampleur du problème nécessite qu'on s'y attarde.

La période périnatale est un moment opportun et performant pour dépister les violences conjugales. Va s'en suivre la fameuse période des 1000 jours, permettant la construction de l'enfant en devenir (32). **La grossesse est donc une période stratégique où le dépistage des violences conjugales se révèle élément indispensable.** L'environnement de soin y est propice puisque le contact avec les professionnels se fait de façon plus rapprochée.

La formation des professionnels reste indispensable, tout comme la validation d'un ou plusieurs outils afin de guider le professionnel et avoir des protocoles de dépistage clairs et reproductibles, uniformisés. Cela s'intégrerait dans une réflexion encore plus poussée sur la mise en place d'un dépistage organisé.

Nous espérons avoir pu faire prendre conscience aux professionnels de l'intérêt d'un dépistage systématique et ainsi d'augmenter le repérage des patientes à risques. Bien que certaines patientes se confient d'elles mêmes au praticien, il est important de remettre le professionnel de santé au centre des enjeux, il a un rôle indispensable et transversal de dépistage, d'orientation et de suivi dans la problématique des violences conjugales.

Bibliographie

1. Zaouche-Gaudron C. Les bébés aussi ont une histoire. Spirale. 2019;N° 92(4):45-8.
2. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes [Internet]. 2018 [cité 30 mai 2020]. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/les-chiffres-de-reference-sur-les.html>
3. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, Résolution 48/104 de l'Assemblée Générale. 1993.
4. Krug EG. World report on violence and health. Geneva; 2002. 346 p.
5. Mikton C. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Inj Prev. 1 oct 2010;16(5):359-60.
6. Conséquences et coûts [Internet]. Unwomen. 2010 [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.endvawnow.org/fr/articles/301-consequences-et-couts.html>
7. HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. 2019.
8. Laroche D. Prévalence et conséquences de la violence conjugale envers les hommes et les femmes. Institut de la statistique du Québec; 2005.
9. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Popul Société [Internet]. janv 2001 [cité 2 oct 2020];(364). Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
10. INSERM, DREES. Enquête Nationale Périnatale Rapport 2016 [Internet]. 2017 [cité 12 mai 2020]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
11. Bayle B. Psychiatrie et psychopathologie périnatales [Internet]. Dunod. 2017 [cité 30 mai 2020]. 480 p. (Aide-mémoire). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844.htm>
12. Sherer ML, Posillico CK, Schwarz JM. The psychoneuroimmunology of pregnancy. Front Neuroendocrinol. 2018;51:25-35.
13. Salmona DM. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales : une urgence humaine et de santé publique. In: Violences conjugales et gamille. Dunod. Paris; 2016. p. 13.
14. Ledoux A. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : enquête quantitative auprès des médecins généralistes du Pays Basque [Thèse]. [Bordeaux]; 2018.
15. Bauer A, Soullez C. La criminalité en France Rapport de l'observatoire national de la délinquance 2008. CNRS Ed. 2008;41.
16. Tournyol du Clos L, Le Jeannic T. Les violences faites aux femmes. Insee Prem. (1180):4.
17. Guillam M-T, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Santé Publique Fr. 2018;110.
18. Ministère de l'Intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple [Internet]. 2011 [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/11/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-ann%C3%A9-2011.pdf>
19. Ministère de l'Intérieur. Etude nationale relative aux morts violentes au sein du couple [Internet]. 2019 [cité 30 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/fr/Actualites/Communiqués/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple>
20. LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (1). 2020-936 juill 30, 2020.
21. France, Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Pour une communication publique sans stéréotype de sexe: guide pratique. [Internet]. 2016 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <http://catalog.hathitrust.org/api/volumes/oclc/993751087.html>

22. Cabinet CRESS. Etude sur les enfants victimes de violences conjugales [Internet]. 2020 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/nouvelle-aquitaine/content/download/73142/474003/file/Etude%20CRESS%20enfants%20VVC%20mai%202020%20VD.pdf>
23. Organisation mondiale de la Santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes Conséquences sur la santé. 2012.
24. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol.* juill 2006;195(1):140-8.
25. Rodrigues M. Conséquences obstétricales et périnatales des violences conjugales au cours de la grossesse [Mémoire]. [Limoges]; 2016.
26. Violence à l'encontre des femmes: un problème mondial de santé publique d'ampleur épidémique [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/fr/
27. Arnaud A. Parcours de soins des femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014, en fonction de la vulnérabilité selon le score EPICES [Internet] [Thèse]. [Bordeaux]; 2014 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01093073>
28. Tabet C, Dupuis-Gauthier C, Schmidt P, Maerten-Lesot B, Porez S, Delion P, et al. Maltraitance à fœtus : comment comprendre pour prévenir. *Devenir.* 2009;Vol. 21(4):205-44.
29. Cicchetti D, Handley ED. Methylation of the glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in maltreated and nonmaltreated children: Associations with behavioral undercontrol, emotional lability/negativity, and externalizing and internalizing symptoms. *Dev Psychopathol.* déc 2017;29(5):1795.
30. Voyer M. Violences conjugales et troubles psychiatriques. 2014;90:10.
31. Martin SL, Harris-Britt A, Li Y, Moracco KE, Kupper LL, Campbell JC. Changes in Intimate Partner Violence During Pregnancy. *J Fam Violence.* 1 août 2004;19(4):201-10.
32. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport de la Commission des 1000 premiers jours [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
33. Peter G Jaffe, Wolfe DA, Wilson S. *Children of Battered Women.* SAGE Publ Inc. 10 mai 1990;21:136.
34. Salmona M. Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur. *Rhizome* [Internet]. déc 2018 [cité 6 oct 2020];69. Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2019-Rhizome-Les_traumas_des_enfants_victimes_de_violences.pdf
35. Salmona M. Impact sur l'enfant. *Obs Sur Grossesse Violences Conjug* [Internet]. déc 2008 [cité 6 oct 2020]; Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2009-grossesse-et-violences-conjugales-article-muriel-salmona-revue-de-lobservatoire-decembre-2008.pdf>
36. Violences conjugales et famille [Internet]. [cité 30 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100749386.htm>
37. Paul O. Développement socio-affectif des enfants exposés à la violence conjugale : une approche de la sécurité émotionnelle : étude des conduites intériorisées et extériorisées et des symptômes de stress post-traumatique de 46 enfants âgés de 5 ans et demi à 12 ans, et analyse de leurs représentations de la violence et des relations familiales [Internet] [Thèse]. [Toulouse]; 2015 [cité 21 sept 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01334571>
38. Lerole A. Suspicion de maltraitance de l'enfant : étude rétrospective examinant les facteurs associés à la prise de décision entre information préoccupante et signalement judiciaire [Internet] [Thèse]. [Bordeaux]; 2020 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02947121>
39. Flores J, Maurice P, Lampron C, Arseneau L. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale [Internet]. Montréal: Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec; 2010 [cité 30 mai 2020]. Disponible sur:

<https://www.deslibris.ca/ID/223012>

40. Brown JB. Woman Abuse Screening Tool (WAST) [Internet]. 2000 [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <http://womanabuse.webcanvas.ca/documents/wast.pdf>
41. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med*. Juin 1996;28(6):422-8.
42. Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *J Fam Pract*. Oct 2000;49(10):896-903.
43. Brown JB, Schmidt G, Lent B, Sas G, Lemelin J. Screening for violence against women. Validation and feasibility studies of a French screening tool. *Can Fam Physician Med Fam Can*. mai 2001;47:988-95.
44. Linassier A. Application du questionnaire WAST en France dans le dépistage des violences conjugales en médecine ambulatoire [Thèse]. [Poitiers]; 2017.
45. ANAES. Guide méthodologique : Comment évaluer à priori un programme de dépistage [Internet]. 2004 [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf
46. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 22 juill 2015 [cité 30 mai 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007007.pub3>
47. Eicher C, Rozès V. Le dépistage systématique des violences conjugales : quelles compétences à développer dans la pratique sage-femme? [Mémoire]. [Genève]; 2014.
48. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité Recommandations professionnelles [Internet]. 2005 [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
49. MIRPOF. Rapport d'activité 2013-2017 [Internet]. 2017 [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/04/Rapport-dactivites-MIPROF_2017-.pdf
50. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, et al. Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings: A Randomized Trial. *JAMA*. 5 août 2009;302(5):493-501.
51. Bolot A-L, Dumel F. Identification des violences conjugales en médecine générale : évaluation de deux interventions [Thèse]. [Besançon]; 2011.
52. Rouveyre M. Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales : état des lieux des pratiques dans le Puy-de-Dôme [Mémoire sage-femme]. [Clermont-Ferrand]; 2012.
53. Mayer L, Liebschutz J. Domestic Violence in the Pregnant Patient: Obstetric and Behavioral Interventions. *Obstet Gynecol Surv*. oct 1998;53(10):627-635.
54. Et si elle était violentée ? Prescrire. mars 2018;38(413).
55. Hamberger LK, Rhodes K, Brown J. Screening and Intervention for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings: Creating Sustainable System-Level Programs. *J Womens Health*. 1 janv 2015;24(1):86-91.
56. Mu-Sek-Sang R. Le dépistage systématique des violences conjugales : Etude réalisée chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes en 2017 [Internet] [Thèse]. [Poitiers]; 2017 [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/2c6d60c8-56c6-41ec-b732-64bf31c07a71>
57. Gillet C. Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation [Internet] [Thèse]. [Bordeaux]; 2018 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02042789>
58. Lucine A. Repérage des violences conjugales faites aux femmes : état des lieux des pratiques des médecins dans les services d'accueil des urgences adultes en Aquitaine [Internet] [Thèse]. [Bordeaux]; 2019 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02491763>

59. Daoud N, Urquia ML, O'Campo P, Heaman M, Janssen PA, Smylie J, et al. Prevalence of Abuse and Violence Before, During, and After Pregnancy in a National Sample of Canadian Women. *Am J Public Health*. oct 2012;102(10):1893-901.
60. University of Toronto. Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA). ALPHA Group; 2005.
61. Midmer D. Prenatal Psycho-social Health Assessment Reference Guide. ALPHA Group; 1999.
62. Blackmore ER, Carroll J, Reid A, Biringer A, Glazier RH, Midmer D, et al. The use of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. oct 2006;28(10):873-8.
63. Carroll JC, Reid AJ, Biringer A, Midmer D, Glazier RH, Wilson L, et al. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2 août 2005;173(3):253-9.
64. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité Argumentaire [Internet]. 2005 [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf
65. Doré N, Le Hénaff D. Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les parents [Internet]. Institut national de santé publique du Québec; 2020 [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/services_quebec/MV_FR_2020.pdf?1580918024
66. Assurance Maladie. Je prépare l'arrivée de mon enfant [Internet]. 2019 [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/534905/document/guide_ma_maternite_-_2019_-_cnam.pdf
67. Gouvernement du Canada. La violence familiale au Canada : un profil statistique [Internet]. 2016 [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2016001/article/14303/01-fra.htm>
68. Jahanfar S, Howard LM, Medley N. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 12 nov 2014 [cité 30 mai 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009414.pub3>
69. Jones RF, Horan DL. The American College of Obstetricians and Gynecologists: responding to violence against women. *Int J Gynecol Obstet*. 2002;78(S1):S75-7.
70. Henrion R. Aspects périnataux de la maltraitance - Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les soignants. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. févr 2005;34(supplément 1):62-7.
71. Secrétariat d'Etat chargé de la solidarité. Lutter contre la violence au sein du couple le rôle des professionnels. 2008.
72. Sasseville N, Laforest J, Pilote R. Prévention en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle : besoins des répondantes du réseau de la santé et des services sociaux. *Inst Natl Santé Publique Qué.* 2017;62.
73. Bonnet P. Etat des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne. [Poitiers]; 2017.
74. Peyrelongue M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG en Aquitaine [Internet] [Thèse]. [Bordeaux]; 2020 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02531592>
75. CHU de Bordeaux. UMJ - CAUVA [Internet]. 2020 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.chu-bordeaux.fr/Les-unit%C3%A9s-m%C3%A9dicales/Cellule-d-accueil-d-urgences-des-victimes-d-agressions-\(CAUVA\)/plaquette-CAUVA-CHU-de-Bordeaux.pdf/](https://www.chu-bordeaux.fr/Les-unit%C3%A9s-m%C3%A9dicales/Cellule-d-accueil-d-urgences-des-victimes-d-agressions-(CAUVA)/plaquette-CAUVA-CHU-de-Bordeaux.pdf/)
76. Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev*. 3 déc 2015;110.
77. Proposition de loi visant à protéger les victimes de violences conjugales [Internet]. juill, 2020. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/119-482/119-48210.html>

78. De l'atteinte au secret professionnel [Internet]. Code pénal, Article 226-14 nov 5, 2015. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031428820/2015-11-07
79. Bonneau R. Acceptabilité d'un dépistage systématique des violences interpersonnelles en médecine générale [Thèse]. [La Réunion]; 2019.
80. Guessoum Y, Berc AB de. Femmes victimes de violences sexuelles : étude qualitative sur les freins ressentis au recours aux médecins généralistes [Internet] [Thèse]. [Bordeaux]; 2019 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02497646>
81. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires?: quelles réponses peut-on apporter? [Thèse]. [Nancy]; 2016.
82. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes Résultats [Internet]. avr 2006 [cité 29 sept 2020];(481). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
83. Stéphan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale [Internet] [Thèse]. [Toulouse]; 2012 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/413/1/2012TOU31076.pdf>
84. Suivi de la grossesse et de l'accouchement [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/sages-femmes/article/suivi-de-la-grossesse-et-de-l'accouchement>
85. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique [Internet]. 2005 [cité 1 oct 2020];17(1). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-1-page-109.htm>
86. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : Revue de la littérature [Thèse]. [Angers]; 2018.
87. CGOF. Gynécologie et santé des femmes : prise en charge des femmes françaises [Internet]. 2000 [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
88. Ginieys M. Place d'un dépistage systématique des violences conjugales pendant la grossesse. Vocat Sage-Femme [Internet]. mars 2014 [cité 4 oct 2020];13(107). Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/880507/place-d-un-depistage-systematique-des-violences-co>
89. Fédération Nationale Solidarité Femmes. Chiffres clés [Internet]. Solidarité Femme. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.solidaritefemmes.org/chiffres-cl%C3%A9s>

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire WAST-Fr

1. En général comment décririez vous votre relation de couple ?
 - très tendue (1)
 - quelque peu tendue (2)
 - aucune tension (3)

2. Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...
 - beaucoup de difficultés (1)
 - une certaine difficulté (2)
 - aucune difficulté (3)

3. Vos disputes vous font-elles parfois vous déprécier ou vous bouleversent-elles ?
 - souvent (1)
 - parfois (2)
 - jamais (3)

4. Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou de la bousculade ?
 - souvent (1)
 - parfois (2)
 - jamais (3)

5. Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ?
 - souvent (1)
 - parfois (2)
 - jamais (3)

6. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ?
 - souvent (1)
 - parfois (2)
 - jamais (3)

7. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous émotionnellement ?
 - souvent (1)
 - parfois (2)
 - jamais (3)

8. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?
 - souvent (1)
 - parfois (2)
 - jamais (3)

Annexe 2 : Questionnaire « Patiente »

Questionnaire Patiente :

- 1) Initiales du professionnel de santé :
- 2) Rang :
- 3) La patiente accepte de participer à l'étude : Oui / Non
- 4) Cochez :

Critères d'inclusion:	Oui	Non
Femme en couple au moment de l'étude et depuis \geq 1 mois		
\geq 18 ans		
maîtrisant bien la langue française		
venue seule en consultation		
qui vous a déjà consulté au moins une fois (pas de nouvelles patientes ou pas la première consultation)		
Critères de non inclusion:	Oui	Non
Troubles cognitifs		
Troubles psychiatriques ou psychotiques		
Troubles sensoriels sévères (visuels auditifs) non appareillés		

- 5) Age de la patiente :
- 6) Stade de la grossesse (en semaines d'aménorrhée) :
- 7) Quel type de consultation est réalisée ? :
 Suivi de grossesse Consultation intercurrente
- 8) Notez l'heure maintenant (de début) :

9) QUESTIONNAIRE WAST-FR

1. En général comment décririez vous votre relation de couple ?
 - très tendue (1)
 - quelque peu tendue (2)
 - aucune tension (3)
2. Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...
 - beaucoup de difficultés (1)
 - une certaine difficulté (2)
 - aucune difficulté (3)
3. Vos disputes vous font-elles parfois vous déprécier ou vous bouleversent-elles ?
 - souvent (1)
 - parfois (2)
 - jamais (3)

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

souvent (1)

parfois (2)

jamais (3)

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

souvent (1)

parfois (2)

jamais (3)

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

souvent (1)

parfois (2)

jamais (3)

7. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous émotionnellement ?

souvent (1)

parfois (2)

jamais (3)

Score total :

8. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?

souvent (1)

parfois (2)

jamais (3)

10) Notez l'heure maintenant (de fin) :

11) Auparavant, un professionnel de santé vous-a-t-il déjà questionné sur le thème des violences conjugales lors d'une consultation ?

Oui

Non

Si oui : A quel moment ?

Annexe 3 : Questionnaire « Professionnel de santé »

Questionnaire professionnel de Santé

- Initiales :
- Age :
 - moins de 30 ans
 - Entre 30 et 50 ans
 - Plus de 50 ans
- Fonction (médecin/sage femme):
- Mode d'exercice (libéral, PMI) :

1) Combien de **consultations de suivi de grossesse** avez-vous réalisées sur le dernier mois ?

- Aucune
- Entre 0 et 5
- Entre 5 et 10
- Entre 10 et 20
- Plus de 20

2) Combien de **consultations de femmes enceintes** (hors suivi de grossesse) avez vous réalisées sur le dernier mois ?

- Aucune
- Entre 0 et 5
- Entre 5 et 10
- Entre 10 et 20
- Plus de 20

3) **Pour les médecins généralistes**: Avez-vous une formation spécifique en gynécologie-obstétrique?

oui non Si oui, laquelle ?

.....

4) **Pour tous** : Avez-vous reçu une formation spécifique / intervention sur les violences conjugales ?

oui non Si oui, laquelle ?

.....

5) Connaissez vous le questionnaire WAST-Fr avant de participer à cette étude ?

oui non Si oui, comment ?

.....

6) Connaissez-vous d'autres tests de dépistage des violences conjugales?

oui non Si oui, le(s)quel(s) ?

.....

7) Le temps de réalisation du questionnaire vous paraît-il :

- Adapté à une consultation ambulatoire
- Trop long

8) Ce test de dépistage de la violence conjugale vous paraît-il :

- Utile dans votre pratique de suivi de grossesse
- Inutile et pourquoi ?

.....

.....

Commentaires :

.....

9) Vous sentiez vous mal à l'aise lors de la réalisation du questionnaire avec vos patientes ?

- Non
- Oui pour certaines patientes
- Oui pour toutes les patientes

Si oui pourquoi ?

.....

10) Pourquoi certaines patientes ont-elle refusé de participer à l'étude ?

.....

.....

.....

11) Des patientes ayant répondu au questionnaire WAST-fr se sont-elles manifestées sur la thématique des violences conjugales lors d'une consultation plus tard dans le suivi de grossesse ?

- Non
- Oui

- Si oui combien ?
- Comment ?

.....

- et combien de temps après le questionnaire ?

.....

12) Pensez-vous que ce type de test peut être utile :

- Dans votre pratique pour vous aider à prendre en charge toutes les patientes ?
 - Pour aider au dépistage des patientes avec certaines fragilités ?
 - En cas d'antécédents connus de violences conjugales en dehors de la grossesse
 - Inutile

13) Allez-vous continuer à utiliser ce questionnaire après la fin de cette étude ?

- Non
- Oui pour certaines patientes :
Si oui lesquelles ?

.....

- Oui pour toutes les patientes

14) Si vous avez répondu « non », pour quelle(s) raison(s) ne souhaitez-vous pas continuer à l'utiliser ? (plusieurs choix possibles)

- Vous n'avez pas le temps
- Vous ne vous sentez pas assez à l'aise pour aborder le thème des violences conjugales
- Vous ne savez pas comment prendre en charge les personnes dépistées
- Votre patientèle n'est pas ou très peu concernée par les violences conjugales
- Autre :

.....

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

Annexe 4 : Fiche ressources

AIDE A LA PRISE EN CHARGE DE LA FEMME VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES

- De façon globale :

Déclic Violence : Aide à la prise en charge des violences conjugales envers les femmes en médecine générale
<http://www.declicviolence.fr/index.html> . Site internet réalisé par des médecins généralistes

- Si besoin d'écoute :

Association Pour l'Accueil des Femmes En Difficulté : 05 56 40 93 66
Ecoute anonyme - 24H/24 - 7 jours/7, Accueil, Hébergement, Urgence, Bordeaux et sa région

Si besoin d'un logement urgent ou pour des renseignements sur les hébergement :

Maison des Femmes

27 Cours d'Alsace-et-Lorraine
33000 Bordeaux
Téléphone : 05 56 51 30 95

- Si besoin de renseignements sur les droits de la personne :

CEDIFF -Centre d'information sur les droits des femmes et des familles
Le 3^e jeudi de chaque mois de 9h à 13h

Point d'Accès au Droit - Résidence de l'horloge - place de l'horloge
33210 LANGON 05 56 44 30 30

VICTAID

Service d'aide aux victimes - Association Saint François Xavier Don Bosco
63 cours Georges Clémenceau 33000 BORDEAUX
Téléphone : 05 56 01 28 69
Site web : www.victaid.fr

- Si agression physique et nécessité d'une évaluation médico-judiciaire :

Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression

CAUVA
Hôpital Pellegrin
Place Amélie Raba Léon
33000 BORDEAUX
Téléphone : 05 56 79 87 77

- Numéro de téléphone :

3919 Violences conjugales Info (du lundi au samedi de 9h à 22h, bientôt 7j/7 24h/24) : Soutien téléphonique anonyme et gratuit pour les femmes victimes de violences

08 842 846 37 (7 jours sur 7 de 9h à 21h) : Numéro national d'aide aux victimes

- Site internet :

<https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>

Annexe 5 : Explication de l'étude

Déroulement de l'étude

Nous vous proposons ici de réaliser un questionnaire de dépistage des violences conjugales auprès d'une ou de plusieurs de patientes, ce questionnaire s'appelle WAST-fr, pour Woman Abuse Screening Tool, utilisé et validé aux Etats-Unis et Canada, dont la traduction en langue française est, elle aussi validée. En France il n'existe pas encore d'outil validé faisant consensus auprès des professionnels.

1) INCLUSION DES PATIENTES :

La période d'inclusion jusqu'à fin Août 2020. L'inclusion doit être de **1** patiente au minimum et maximum **15** patientes, remplissant les critères d'inclusion. La période pour inclure les patientes peut être plus courte si vous avez déjà inclus les 15 patientes.

L'inclusion doit se faire de façon consécutive pour éviter les biais de sélection. Les questionnaires seront récupérés en Août 2020.

A noter :

Critères d'inclusion:

- femme en couple au moment de l'étude depuis \geq 1 mois
- \geq 18 ans
- maîtrisant bien la langue française
- venue seule en consultation
- qui vous a déjà consulté au moins une fois (pas de nouvelles patientes ou pas la première consultation)

Critères de non inclusion:

- troubles cognitifs
- troubles psychiatriques sévères
- troubles sensoriels sévères (visuels et/ou auditifs) non appareillés

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

Par exemple "*Je participe à un travail de recherche sur les violences conjugales. Ce travail comporte un court questionnaire. La violence conjugale est un problème majeur de santé publique qui touche 20 % des femmes au moins une fois dans leur vie. Les violences conjugales peuvent toucher tous les milieux sociaux et tous les âges, et ce n'est surtout pas une situation banale. La période de la grossesse est une période de fragilité et à risque d'entraîner un début ou l'aggravation d'une situation de violence conjugale. Accepteriez vous de répondre à ce questionnaire ?*"

- Rappeler le secret médical et l'anonymat des réponses

2) REALISER LE « QUESTIONNAIRE PATIENTE »

- Il est possible de remplir le questionnaire en ligne via le lien :

XX

- Prendre en compte le questionnaire même si la patiente a refusé de participer à l'étude ou ne respecte par les conditions d'inclusion.

C'est à dire si elle répond non à la question 3, s'arrêter et conserver le questionnaire.
Si elle présente des critères d'exclusion, s'arrêter et conserver le questionnaire.

- Poursuivre jusqu'à la fin et conserver le questionnaire.
- Calculer le score du WAST (les points sont indiqués entre parenthèses à côté de chaque réponse)
 - > 17 : risque faible de violences conjugales
 - 15- 17 : risque modéré
 - <15 : risque élevé

Dépistage positif si score ≤ 17

3) SILE QUESTIONNAIRE EST POSITIF

Voici quelques pistes :

- En dernière page, des coordonnées/ressources de personnes et d'outils pour vous aider dans la démarche de soins.
- Si la patiente ne souhaite pas en parler plus sur ce temps de consultation ou qu'il n'est possible d'aborder le sujet plus amplement, proposer un nouveau RDV rapidement.

4) REpondre au questionnaire professionnel de sante

A la fin de l'étude lorsque vous aurez inclus toutes les patientes durant la période.

Il est aussi possible de remplir le questionnaire en ligne via le lien :

XX

Une fois le ou les questionnaires « patiente » recueillis (entre 5 et 15) et le questionnaire « professionnel de santé » rempli sur papier, vous pouvez me contacter pour que je vienne récupérer tous les questionnaires ou me les renvoyer à l'adresse suivante :

Bénédictte GUILLOU
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
33000 BORDEAUX

Tel : 06 xx xx xx xx

Si vous avez rempli les questionnaires en ligne, merci d'envoyer un mail à xxxxxxxxxx pour me signaler que vous avez terminé le recueil.

Je vous remercie d'avance de participer à ce travail de recherche.

Résumé

Titre :

DÉPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES PENDANT LA GROSSESSE :

Étude de faisabilité du questionnaire WAST-fr en consultation ambulatoire pendant la grossesse en Gironde

Introduction : La grossesse est une période à risque pour la femme enceinte et l'enfant à venir, concernant l'initiation des violences conjugales ou une aggravation des violences pré-existantes. Le dépistage systématique est recommandé depuis plusieurs années notamment pendant la grossesse. Seulement il n'existe pas de questionnaire validé pour dépister les violences conjugales en France. Le questionnaire WAST est un outil en langue française (WAST-fr) validé Outre-Atlantique qui a fait ses preuves dans le dépistage des violences conjugales. Les professionnels de santé se disent en difficulté concernant le repérage des femmes à risque. Ce questionnaire pourrait permettre d'améliorer le dépistage des femmes enceintes victimes de violences conjugales dans le cadre du suivi de grossesse.

Méthode : Une étude prospective, multicentrique, observationnelle, quantitative a été menée en Gironde de Décembre 2019 à Août 2020, pour évaluer la faisabilité du questionnaire WAST-fr en consultation ambulatoire chez la femme enceinte.

Résultats : 31 questionnaires ont été analysés. Le questionnaire WAST-fr est faisable en consultation ambulatoire, avec un temps moyen de réalisation de moins de 3 minutes. Et 77,8% de femmes enceintes interrogées disent n'avoir encore jamais dépistées.

Discussion : L'identification des femmes à risque reste peu réalisée en pratique bien qu'elle permette d'orienter et d'alerter, même dans un contexte de grossesse. D'autant plus qu'une intervention précoce apporte de meilleurs résultats concernant l'amélioration de la qualité de vie de la femme dépistée. Les conséquences néfastes sur la femme et les enfants en devenir nécessitent une sensibilisation plus importante des professionnels afin de limiter le plus possible des situations dramatiques et évitables.

Mots clés : femme, grossesse, violences conjugales, médecins généralistes, sages-femmes, dépistage, WAST

Abstract

Title: SCREENING OF DOMESTIC VIOLENCE DURING PREGNANCY: WAST-fr questionnaire feasibility study in outpatient consultation during pregnancy in Gironde

Introduction: Pregnancy is a sensitive period for the pregnant woman and the unborn child, where domestic violence might arise or pre-existing domestic violence might aggravate. Systematic screening has been recommended for several years, especially during pregnancy. However, there is no validated questionnaire to address domestic violence in France. The WAST questionnaire is a French language tool (WAST-fr) already validated and successfully used across the Atlantic to screen for domestic violence. Health professionals admit having difficulties identifying women potentially at risk. This questionnaire could be included in the pregnancy follow-up to address these issues.

Method: A prospective, multicenter, observational, quantitative study was carried out in Gironde from December 2019 to August 2020, to assess the feasibility of the WAST-fr questionnaire for pregnant women.

Results: 31 questionnaires were analyzed. It takes on average less than 3 minutes to complete the WAST-fr questionnaire. And 77.8% of pregnant women that took the survey reported they had never been screened for domestic violence beforehand.

Discussion: The identification of women at risk remains little carried out in practice, although it makes it possible to guide and alert, and even in the context of pregnancy. Especially since we know that an early intervention brings better results concerning the improvement of screened woman's quality of life. The harmful consequences for women and children require greater awareness among professionals in order to limit as much as possible dramatic and avoidable situations.

Keywords: woman, pregnancy, domestic violence, general practitioners, midwives, screening, WAST

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.