



HAL
open science

Élaboration, par la méthode Delphi, d'une méthode dépistage systématique des violences conjugales faites aux femmes à la Réunion

Léa Laruelle

► **To cite this version:**

Léa Laruelle. Élaboration, par la méthode Delphi, d'une méthode dépistage systématique des violences conjugales faites aux femmes à la Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03476986

HAL Id: dumas-03476986

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03476986>

Submitted on 13 Dec 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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2021

N° : 2021LARE059M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Élaboration, par la méthode Delphi, d'une méthode de dépistage
systématique des violences conjugales faites aux femmes à la
Réunion**

Présentée et soutenue publiquement le 07 octobre 2021 à 19h
à La Réunion

Par Léa LARUELLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Rapporteur :

Madame le Docteur Jessica DUMEZ

Assesseur :

Madame le Docteur Capucine BENOIT DE COIGNAC

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Philippe GOMARD

*“La parole est moitié à celui qui parle,
moitié à celui qui écoute”*

Montaigne

Table des matières

Table des figures	5
Liste des abréviations	6
Mots clés (format MeSH).....	6
Première partie : Préambule	7
I. Avant propos	7
II. Introduction	8
1. Définitions.....	8
3. Profils sociologiques et facteurs de risques.....	12
4. Histoire de la violence conjugale	14
5. Législation.....	16
6. Mécanisme de la violence conjugale	18
7. Conséquences des violences conjugales	20
8. Rôle du médecin dans les violences conjugales	23
9. Freins des généralistes.....	31
10. Méthode de Repérage précoce et Intervention Brève	32
Deuxième partie : Article	33
I. Introduction.....	33
II. Méthodes	34
1. Méthode Delphi.....	34
2. Formulation du problème rencontré	35
3. Sélection des experts	35
4. Elaboration du questionnaire.....	37
5. Convergence des réponses	37
III. Résultats	38
1. Résultats à l'issue du premier tour.	38
2. Résultats à l'issue du deuxième tour.....	44
3. Elaboration du prototype.....	51
IV. Discussion.....	53
1. Résultats et implications de l'étude	53
- Population de l'étude	53
- Dépistage des hommes ?	54
2. Points forts de l'étude	55

3. Points faibles de l'étude.....	56
4. Ouverture et axes d'amélioration.....	57
V. Conclusion.....	59
Annexes.....	60
1. Annexe 1 : Modèle de certificat médical initial typedisponible (modèle HAS)	60
Modèle de certificat médical initial.....	60
Annexe 2 : Fiche de liaison du réseau Ouest (travail de thèse du Dr Blottiaux)	61
3. Annexe 3 : Fiche de liaison du secteur Sud (travail de thèse du Dr Blottiaux).....	62
4. Annexe 4 : Fiche de liaison du secteur Est (travail de thèse du Dr Blottiaux).....	63
5. Annexe 5 : Fiche de liaison du secteur Nord (travail de thèse du Dr Blottiaux).....	64
6. Annexe 6 : Modèle de signalement	65
7. Annexe 7 : Questionnaire initial	68
Bibliographie.....	70

Table des figures

Figure 1 : Les principales qualifications pénales disponibles sur le site declicviolence.fr	17
Figure 2 : Le cycle de la violence d'après le site https://info-violences-femmes.bordeaux.fr/reperer/	18
Figure 3 : Proportion de femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint ayant entrepris des démarches auprès de professionnel.le.s disponible dans la lettre de l'ONVF n°16	25
Figure 4 : Conseils à l'écoute active disponibles dans le manuel clinique de l'OMS	26
Figure 5 : Aides communicationnelles disponibles dans le manuel clinique de l'OMS	27
Figure 6 : Conseils à l'écoute active disponibles dans le manuel clinique de l'OMS	28
Figure 7 : Questionnaire WAST validé en français	29
Figure 8 : Violentomètre	30
Figure 9 : Caractéristiques professionnelles des experts	36
Figure 10 : Caractéristiques du mode d'exercice des experts	36
Figure 11 : Recommandations d'évaluation des propositions au premier tour selon la HAS	38
Figure 12 : Recommandations d'évaluation des propositions au second tour selon la HAS	45

Liste des abréviations

AVIC-MG : Attente des Femmes victimes de Violences Conjugales envers leur Médecin Généraliste

CRAVS : Centre de Ressource pour les Auteurs de Violences Sexuelles

DPC : Développement Professionnel Continu

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

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

HAS : Haute Autorité de Santé

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations unies

ONVF : Observatoire Nationale de Violences faites envers les Femmes

ORVIFF : Observatoire Réunionnais des Violences faites aux Femmes

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

USPTFR : US Preventive Task Forces Recommendation

VIF : Violences intra-familiales

VIRAGE : Enquête Violences et Rapports de Genre

WAST : Woman Abuse Screening Tool

Mots clés (format MeSH)

FR : Violence conjugale ; Dépistage systématique ; Méthode Delphi ; Diagnostic précoce, Intervention médicale précoce

EN : Spouse abuse ; Screening ; Delphi studies, Early diagnosis ; Early education.

Première partie : Préambule

I. Avant propos

J'ai commencé à m'intéresser aux violences conjugales lors de ma première année d'externat. Je lisais fréquemment les articles de blog de Jaddo, médecin généraliste bloggeuse (1). Un jour, je suis tombée sur ce post "Demandez-vous", où elle raconte avoir "détesté" deux patientes qui annulaient sans arrêt des rendez-vous ou qui avaient toujours des symptômes atypiques. Deux patientes pour lesquelles elle s'est rendue compte, des années plus tard, qu'elles étaient toutes deux victimes de violences intrafamiliales. Elle établit alors un constat "Une patiente que vous détestez, c'est peut-être qu'elle est détestée".

J'ai "détesté" ma première patiente lors de mon stage d'interne aux urgences. Elle venait pour obtenir du valium suite à deux crises d'épilepsie sur sevrage éthylique. Elle se présentait à moi avec deux hématomes rétro-orbitaires et une douleur abdominale et ne voulait pas me dire ce qu'il s'était passé. Elle voulait sortir le plus vite possible car elle devait aller voir ses deux enfants placés le lendemain matin. Elle est partie contre avis médical après avoir hurlé sur chaque soignant qui passait. Je l'ai détestée et surtout je me suis détestée moi-même car je ne n'ai pas réussi à lui poser LA question.

Cette femme, j'en ai fait un récit pour mon portfolio. Un récit dans lequel j'ai découvert de nombreux articles sur le dépistage des violences conjugales. C'est comme cela que j'ai découvert la thèse de Mathilde Palisse (2), qui a interrogé des patientes sur l'acceptabilité d'un dépistage systématique des violences sexuelles. 83% de ces femmes trouvaient ce dépistage normal de la part de leur médecin généraliste. C'est après avoir lu cette thèse que je me suis lancée : lors de mon stage de niveau 1, j'ai pris mon courage à deux mains et j'ai posé la question, et ce, à toutes les femmes que je voyais. C'est à ce moment-là que je me suis rendue compte de deux réalités :

1/ Beaucoup de femmes m'ont répondu "oui". Beaucoup de femmes m'ont raconté des événements dont elles n'avaient jamais informé personne auparavant.

2/ La majorité de ces femmes me décrivaient des violences physiques, mais aucune ne me parlait de violences psychologiques.

Les statistiques (3–6), mentionnant toutes une prédominance des violences psychologiques sur les violences physiques, je me suis dit que je ne devais pas bien poser la question. Voilà l'origine de ce projet : trouver une méthode de dépistage comprenant aussi bien les violences physiques que psychologiques, pour un dépistage rapide et reproductible des violences conjugales en médecine générale.

II. Introduction

1. Définitions

Dans ce contexte, le terme “violence” définit des comportements et des actions physiques utilisant la force ou un rapport de domination entre deux personnes.

Les violences conjugales sont donc définies par un rapport de domination dans une relation intime. Il se différencie du conflit par son côté unilatéral, de l'agresseur sur la victime, source d'une inégalité de pouvoir dans le couple.

C'est un phénomène ayant toujours existé mais sortant peu à peu de l'ombre grâce aux différents mouvements féministes à partir des années 1970-1980. Les violences conjugales sont apparues sur la place publique, comme le montre cette vidéo des micros-trottoirs de l'Institut National de l'Audiovisuel (INA) (7), où une journaliste interviewe en pleine rue des hommes affirmant, sans aucune honte, battre leur femme parce qu'elle “le méritait”, ou encore pour “qu'elle fasse mieux l'amour”.

“L'omerta” se brise et cette prise de conscience arrive notamment après la parution en 1975 du roman de Erin Pizzey “Crie moins fort, les voisins vont t'entendre” (8). C'est après la parution de ce livre que sont créés les premiers centres d'hébergement des femmes victimes, tout d'abord en Angleterre, puis en Suisse et en France.

Ces violences ont été, par la suite, définies :

- Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les violences conjugales sont définies selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (9) comme « *tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination* ». Elles comprennent également les comportements d'humiliation d'une personne sur une autre et de rabaissement. Elles peuvent être à caractère médico-économico-social, comme le fait d'isoler la personne de son entourage, lui interdire l'accès aux finances, à l'emploi ou encore à des soins médicaux.

- En France, selon la législation (10), il y a violence conjugale dès que la victime et l'agresseur sont dans une relation sentimentale. Elle concerne donc les couples mariés, pacsés ou encore les couples en union libre.

La violence conjugale est sous-catégorisée par :

- **Violences physiques** (soit une atteinte à l'intégrité physique de la personne. Coups, gifles, brûlures ...)
- **Violences psychologiques** à type de harcèlement moral, de violence verbale (injures, menaces...), privation de contact à but d'isolement de la victime.
- **Violences sexuelles** (attouchements ou viol conjugal)
- **Violences économiques** (privation financière, maintien d'une dépendance économique à l'autre)

Depuis la loi du 4 avril 2006 (11), cette définition intègre également les conjoints séparés (ex-maris, ex- concubins). Dans les couples hétérosexuels, elle peut être l'effet de l'homme sur la femme, comme celui de la femme sur l'homme. Malgré le fait que le nombre d'hommes victimes de violences conjugales serait sous-estimé, conséquence d'un sujet tabou et sous-étudié (12), les violences conjugales toucheraient plus les femmes. C'est ce que montrent le rapport “Cadre de vie et sécurité” de 2019 (5) et les résultats de l'enquête “Violences et rapports de genre (VIRAGE)” (4), réalisée sur un échantillon de plus de 27000 femmes et hommes en France métropolitaine en 2015, où plus de 70% des victimes de violences conjugales sont des femmes.

Nous verrons dans ce travail que les violences de la femme sur l'homme n'ont que très peu été étudiées. Devant une absence de données sur le bénéfice ou sur l'acceptabilité d'un dépistage chez les personnes de genre masculin, ce travail se focalisera donc sur les violences sur le genre féminin.

- Féminicide

Le féminicide est défini par l'OMS (13) comme étant l'homicide volontaire d'une femme. La définition peut être élargie comme étant le meurtre d'une femme pour son appartenance au genre féminin. Le féminicide le plus représenté à l'échelle du globe est le “féminicide intime”, soit le féminicide réalisé par un conjoint ou un ex-conjoint. Il représente 35% des homicides volontaires de la femme.

2. Epidémiologie

Sur le plan international, les incidences sont très variables en fonction des pays. Ainsi, l'étude multipays de l'OMS, réalisée en 2005 (14), étudie les violences conjugales chez la femme dans dix pays différents. La prévalence de violences physiques chez la femme, au cours de sa vie, variait entre 13% et 61 % en fonction des pays, avec un minimum au Japon et un maximum au Pérou. Les violences sexuelles variaient entre 6 % au Japon et Serbie-Monténégro et 59% en Ethiopie. Les violences psychologiques et émotionnelles, elles, variaient de 20 à 75 %. C'est donc un phénomène mondial avec différentes disparités selon les pays.

En France, le phénomène a été largement étudié au fil des années. De nombreuses enquêtes à grande échelle ont été effectuées. La première enquête fut réalisée en 2000 sous le nom de l'Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France (ENVEFF) (15), initialement établie en métropole sur 6970 femmes. Ces femmes furent contactées par téléphone sur le sujet des violences, qu'elles soient physiques, psychologiques ou encore sexuelles, dans les espaces publics ou encore sur les violences au sein de l'espace intime et au travail.

Les résultats obtenus constatent qu'une femme sur dix a été victime de violences conjugales dans les 12 derniers mois. Pour la plupart de ces femmes, c'était la première fois qu'elles en parlaient à quelqu'un. Les types de violences les plus fréquents étaient la pression psychologique et les violences verbales.

Chaque année, l'Observatoire Nationale de Violences faites envers les Femmes (ONVF) (6) présente les chiffres de violences conjugales de l'année précédente grâce aux données de l'enquête "Cadre de vie et sécurité" (5).

Les dernières données disponibles montrent, qu'en 2020, une femme décédait des coups de son conjoint ou ex-conjoint **tous les 2,5 jours**. Elles étaient 41 % à avoir eu des signes avant-coureurs par d'autres formes de violences.

En 2015, une nouvelle enquête démographique, succédant à l'ENVEFF, est réalisée sur le plan national. Il s'agit de l'enquête VIRAGE, étude réalisée par outil téléphonique sur plus de 27000 femmes et hommes métropolitains (17). Cette étude retrouve une stabilité de l'incidence des violences comparativement à l'étude ENVEFF.

D'autres enquêtes nationales existent : le Baromètre santé en 2005 (18), le Contexte de la sexualité sur violences sexuelles en 2006, ou encore l'enquête Evénements de vie et santé en 2005-2006 (EVS). Elles retrouvent pour la plupart les mêmes proportions de ces violences.

Sur le plan régional, une enquête similaire à l'ENVEFF (3) est réalisée en 2002 à la Réunion sur 1213 femmes. Le taux de violences conjugales s'élevait sur l'île à 15 %, contre 9% en métropole. Les différences retenues entre les deux études sont les suivantes : à la Réunion, les violences touchent surtout des femmes jeunes (29% des femmes entre 20-24 ans contre 12% en métropole) et les femmes entre 45 et 59 ans (14% contre 7% en métropole).

Le niveau de gravité de ces violences semble être similaire entre les deux enquêtes. Néanmoins, à la Réunion, les agressions de l'ex-partenaire sont bien plus importantes.

De plus, sur notre île, les tentatives de meurtre ou les menaces de mort avec une arme représentent 36% des violences (contre 6% en métropole). Par ailleurs, force est de constater que les femmes réunionnaises se livrent moins que les métropolitaines (55% de métropolitaines en ont déjà parlé à quelqu'un, contre 50% de réunionnaises), et que les violences aboutissent moins souvent à un dépôt de plainte (22% plaintes au commissariat en métropole contre 14% à la Réunion).

Comme l'ENVEFF, l'enquête VIRAGE s'est délocalisée à la Réunion en 2018 (19). En effet, 2 209 réunionnaises et 860 réunionnais âgés de 20 à 69 ans ont été questionnés par téléphone sur les différents types de violences qu'ils avaient pu rencontrer dans les 12 mois qui précédaient l'appel. La proportion de femmes victimes de violences en tout genre reste donc stable par rapport à l'année 2001. En effet, à l'instar de l'année 2001, **15% des femmes réunionnaises étaient encore victimes de violences conjugales en 2018**. Concernant le type de violences, les violences psychologiques restaient en première position, avec une femme sur trois qui en était victime.

Les chiffres de la délinquance réunionnaise, énoncés lors de l'Etat Major départemental en 2019, annonce une augmentation de 13% des signalements et dépôts de plaintes pour des violences conjugales en gendarmerie sur l'île, en une année (20).

Le grenelle des violences conjugales à la Réunion a eu lieu le 3 septembre 2019 et double le nombre des intervenants sociaux sur l'île. **Au total, il y a donc, à la Réunion, une femme sur trois subissant des violences psychologiques, ainsi qu'une femme sur sept subissant des violences de tout type.**

Dès lors que les femmes victimes de violences conjugales sont plus à même de consommer des soins, notamment en soins primaires, il y a probablement plus d'une femme sur sept victime de violences conjugales dans une salle d'attente d'un médecin généraliste. D'ailleurs, un travail de thèse de Marianne Dechenaud retrouve une prévalence de trois à quatre femmes sur dix victimes de violences conjugales dans une salle d'attente de soins primaires (21). Une étude australienne retrouve quant à elle un ratio d'une femme sur quatre (22).

3. Profils sociologiques et facteurs de risques

S'il est admis que les violences conjugales touchent tous les milieux et sont présentes dans toutes les sphères (15), avec un taux identique de violences chez les femmes actives et chez les femmes non actives sur le plan professionnel, on retrouve toutefois certains facteurs de risques. Ces derniers peuvent d'ailleurs se retrouver à la fois chez les victimes comme chez les agresseurs.

– Antécédents de violences

Les antécédents de violences intrafamiliales chez la victime seraient un des facteurs de risques les plus retrouvés : ils seraient la source d'une reproduction d'un modèle familial dont les femmes ont été victimes. On sait que les femmes ayant subi de la maltraitance physique dans l'enfance auraient un risque multiplié par trois de subir de la violence conjugale (24). De plus, le fait d'avoir été témoin de violences domestiques dans l'enfance augmenterait le risque entre 3 et 4 fois d'être victime de violence à l'âge adulte (25).

– Catégories socio-professionnelles

Si l'ENVEFF (3) ne retrouve pas de différence sur le taux de violences globales (physiques psychologiques et sexuelles) entre les différentes catégories socio-professionnelles, elle retrouve en revanche une prévalence plus importante de violences verbales dans les milieux défavorisés, tandis que les violences psychologiques, quant à elles, seraient présentes dans toutes les sphères de manière égale.

- L'âge

L'âge est retrouvé comme un facteur de risque dans l'étude VIRAGE à la Réunion (25). Effectivement 24 % des femmes de 20-29 ans déclarent des violences conjugales, soit une femme sur quatre.

– La présence d'enfants

La présence d'enfants au domicile est également un facteur de risque à la Réunion puisque, lorsque les femmes n'ont pas d'enfant, elles ont un indicateur inférieur à la moyenne, soit à 10 %. Cet indicateur passe à 21 % de violences conjugales lorsqu'elles ont trois enfants ou plus (4).

Sur ce critère de relation entre la violence et la maternité, il est également convenu que la grossesse est souvent un facteur déclenchant des violences conjugales. L'étude multipays de l'OMS (26) montre que 13 à 50 % des femmes victimes de violences domestiques ont commencé à être battues lors de leur grossesse.

– Femmes migrantes en condition de précarité

Une étude, conduite en 2013 par le Dr Janina Estrada, Dr Gilles Lazimi et le Dr Rochefort Jeanine (27), retrouve un indicateur de violences conjugales de 84% de violences tout genre (57 % de violences physiques et 34 % de violences sexuelles) chez 128 femmes ayant eu recours aux médecins de la structure Médecin du Monde. Ces violences sont d'autant plus problématiques que les victimes se heurtent à l'incapacité de porter plainte, à cause du statut illégal de leur présence sur le sol français.

A contrario, sur Mayotte, le travail de thèse du Dr Dupray Olivier (28) retrouve une prévalence plus élevée de déclarations de violences faites aux femmes chez les femmes de nationalité française sur le sol mahorais, comparativement aux femmes de nationalités étrangères (notamment comoriennes), et ce, malgré le dépistage réalisé par des institutions sanitaires (et donc non policières).

L'ONVF (6) inclut également dans les facteurs de risques les motifs suivants : la dépendance à des produits ainsi que l'alcoolisme de l'auteur et/ou de la victime, la séparation du couple ou l'annonce de celle-ci, les maladies psychiatriques et neurologiques, ou encore l'isolement.

L'isolement comme facteur de risque est important à souligner dans le contexte sanitaire que nous traversons. Le confinement lié à l'épidémie de Covid 19 en mars et avril 2020 a entraîné une augmentation spectaculaire des témoignages de violences intrafamiliales (VIF). (29) En effet, les tchats de plateforme de signalement ont vu leur activité multipliée jusqu'à 17 par rapport à leur activité en 2019.

Le contexte de pandémie est à lui-même délétère, avec plusieurs éléments favorisant identifiés comme le stress économique, la peur de la contamination, ou encore la diminution de l'offre de soin, monopolisée quant à elle par la lutte contre la pandémie (30). Au-delà de l'épidémie de Covid 19 en 2020, l'épidémie d'Ebola avait également été le siège de véritables assauts contre des jeunes filles.

Après l'analyse du profil des victimes, un groupe de travail dirigé par le Dr R. Coutanceau en 2006 s'est focalisé sur les comportements des auteurs de violences conjugales. Celui-ci a révélé trois types de profils d'agresseurs (31).

Le premier profil est l'immature-névrotique. Il représenterait 20% des cas. Ce type de personnalité, à la fois immature et colérique, peut ressentir de la culpabilité par rapport aux actes violents. De cette culpabilité peut naître une demande de suivi. Ils peuvent bénéficier de psychothérapies individuelles classiques.

Le deuxième est le profil immature égocentrique. C'est le profil le plus fréquemment retrouvé. Ils banalisent et minimisent les violences. Ce type de profil amène des difficultés à l'extériorisation des émotions et à l'auto-critique. Sur le plan des psychothérapies, on privilégiera les thérapies de groupe car on retrouve un manque d'autocritique de la part de l'auteur, nécessaire pour le succès de la thérapie individuelle.

Le troisième et dernier profil est celui de l'individu mégalomane et paranoïaque. Les psychothérapies individuelles et en groupes peuvent être proposées mais il apparaît difficile d'avoir leur consentement aux soins.

4. Histoire de la violence conjugale

Il est difficile de parler d'histoire de la violence conjugale sans tout d'abord parler de la condition féminine au fil des siècles. Au début du questionnement français sur les violences conjugales, en 1976, Benoite Groult parlait sur les ondes de France Culture de l'oppression de la femme à travers l'histoire (8). Pendant longtemps, la femme a été considérée comme inférieure à l'homme. D'ailleurs, Aristote déclarait en 343 avant Jésus Christ que le fœtus masculin se dotait d'une âme en quarante jours contre quatre-vingt-dix jours pour le fœtus de genre féminin.

Il y a, pendant l'Antiquité et d'après Victoria Vanneau, dans son ouvrage retraçant l'histoire juridique des violences conjugales au fil des âges (32), l'influence des lois romaines avec le *pater familias*, source de souveraineté totale de l'époux obtenant le droit de vie et de mort sur son épouse, mais également sur ses enfants et sur ses esclaves.

Après l'Antiquité, arrive le Moyen Age, période difficile pour la condition féminine avec la reconnaissance du droit de correction maritale appelé le "*jus castigandi*" largement utilisé à l'époque. En effet, au XIII^e siècle, l'article 82 de la Coutume de Bergerac précise que "Aucun ne peut être convenu en actions d'injures pour avoir frappé sa femme...D'autant qu'il semble le faire pour son bon zèle et pour chastiment et correction. Sinon que l'injure fût si atroce qu'il y eût mort, mutilation ou fraction de membres ou que ladite injure eust été faite avec armes émoullées". Les violences sont donc désapprouvées à la seule condition qu'elles soient à caractère mutilante ou gravissime.

Les esprits révolutionnaires instaurent en 1791 une loi faisant de la violence sur l'épouse une circonstance aggravante aux yeux de la loi, au même statut que la violence sur les personnes âgées et les enfants. En effet, bien que le droit de correction reste autorisé et largement utilisé, la notion "d'excès, sévices et injures graves" peut permettre à une femme victime de violences graves de porter plainte et à l'auteur de ces violences d'encourir une peine de prison.

En 1804, pendant l'Ere Napoléonienne, est rédigé le Code Civil dont l'article 213 stipule que "Le mari doit protection à sa femme, la femme, obéissance à son mari". L'influence chrétienne perpétue la tradition de l'autorité de l'homme sur la femme. On peut effectivement lire dans la Genèse : "*Je multiplierai tes maux, tu enfanteras dans la douleur, tu seras sous la puissance de ton mari, et il te dominera*". Ce code civil (33) apporte toutefois une liberté nouvelle à la femme. Il précise que le divorce peut être demandé par la femme en cas de sévices et d'excès graves. Celui-ci permet à la femme de divorcer de son mari en cas d'adultère, avec présence de la concubine dans la maison commune. Le mari, lui, peut divorcer de son épouse en cas d'allégation d'adultère sans condition.

Par ailleurs, le code pénal de 1810 (34) énonce dans son article 324 que "le meurtre commis par l'époux sur l'épouse, ou par celle-ci sur son époux, n'est pas excusable, si la vie de l'époux ou de l'épouse qui a commis le meurtre n'a pas été mise en péril dans le moment même où le meurtre a eu lieu. Néanmoins, dans le cas d'adultère, prévu par l'article 336, le meurtre commis par l'époux sur son épouse, ainsi que sur le complice, à l'instant où il les surprend en flagrant délit dans la maison conjugale, est excusable." Il faut attendre 1938 (35) pour rétablir la "capacité civile" aux épouses. Elles étaient, par le code civil napoléonien, et au même titre que les délinquants, les fous et les mineurs, sous tutelle. C'est pour autant pas un rétablissement de l'égalité entre les hommes et les femmes puisque, malgré cette loi, l'époux reste le chef de famille attiré aux yeux de la loi, et ce, jusqu'à la loi de réforme des régimes matrimoniaux dans les années 60. En effet, il garde la responsabilité quant à la gestion des biens et de la famille et l'épouse doit avoir son aval quant à son exercice professionnel.

Les préoccupations sur les violences conjugales vont apparaître tardivement, avec la création du premier centre d'accueil des victimes de violence dans les années 1970. Il faut attendre 1993 pour entendre la déclaration de l'Organisation des Nations unies (ONU) (36) sur la violence conjugale, dans le cadre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

Qu'en est-il de la genèse des violences conjugales sur l'île de la Réunion ? Pourquoi des pourcentages plus importants sur le sol Réunionnais ?

Le Dr Richauvet, dans son travail de thèse présenté en 2015 (37), rassemble des théories sociales par le biais d'interviews de différents spécialistes. Il en ressort que la prévalence importante des violences conjugales sur l'île reposerait notamment sur un contexte social et économique défavorable aux hommes, entraînant des comportements de réassurance et de violence. Dans sa thèse, plusieurs théories se recourent :

Dans un premier temps, on retrouve la perte du pouvoir économique de la part de l'homme, dès lors que les allocations familiales sont versées aux femmes. Ceci engendre un profond mal-être chez des hommes déjà étouffés par la pression sociale d'une départementalisation soudaine. Cette dernière entraînant une modernisation trop rapide et un taux de chômage bien trop important.

De plus, on retrouve l'omniprésence de l'alcoolisme, conséquence évidente de ce profond mal-être. L'alcool ne crée pas la violence car cette dernière est souvent enfouie, mais désinhibe toutefois l'individu et favorise donc le geste. Or, on retrouve un alcoolisme majeur sur l'île de la Réunion, estimé à trois fois celui de la métropole (38). Des interviews de femmes réunionnaises réalisées par le Dr Goizet en 2018 (39) dénoncent une certaine banalisation des violences dans le cercle familial réunionnais. En effet, ces violences apparaissaient souvent comme connues de la famille et/ou de la belle-famille.

5. Législation

La législation sur les violences conjugales évolue d'années en années, suivant les différents plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes. La peine encourue pour un auteur de violences conjugales peut aller de 6 mois d'emprisonnement à la réclusion criminelle à perpétuité, comme le montre la figure 1 qui suit.

LES PRINCIPALES QUALIFICATIONS PÉNALES ET LES PEINES ENCOURUES

INFRACTIONS	ARTICLES DU CODE PÉNAL	PEINES ENCOURUES
• Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail (ITT) supérieure à 8 jours, par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-12 6° et 14°	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende
• Violences ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours, ou sans aucune ITT, par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-13 6° et 14°	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende
• Violences habituelles ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours, jusqu'au décès, sur les personnes vulnérables du fait de l'état de grossesse	222-14	Entre 5 ans et 30 ans d'emprisonnement et de 75 000 à 150 000 € d'amende
• Appels téléphoniques malveillants réitérés ou agressions sonores en vue de troubler la tranquillité d'autrui	222-16	1 an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende
• Menace sous condition, ou réitérée ou matérialisée de commettre un crime ou un délit, menace de mort sous condition, ou réitérée ou matérialisée de commettre un crime ou un délit, menace ou acte d'intimidation envers une victime en vue de la déterminer à ne pas porter plainte ou à se rétracter	222-17 222-18 434-5	Entre 6 mois et 5 ans d'emprisonnement et de 7 500 à 75 000 € d'amende
• Agressions sexuelles autres que le viol commises par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-28 7°	7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende
• Tortures et actes de barbarie par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-3 6°	20 ans de réclusion criminelle
• Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-8 6°	20 ans de réclusion criminelle
• Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-10 6°	15 ans de réclusion criminelle
• Viol commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	222-24 11°	20 ans de réclusion criminelle
• Viol ayant entraîné la mort de la victime	222-25	30 ans de réclusion criminelle
• Viol précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie	222-26	Réclusion criminelle à perpétuité
• Arrestation, enlèvement, détention ou séquestration supérieure à 7 jours ou suivie d'une libération volontaire avant le septième jour	224-1	De 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende à 20 ans de réclusion criminelle
• Meurtre par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un PACS	221-4 9°	Réclusion criminelle à perpétuité

Les références au code pénal peuvent être retrouvées sur le site de LEGIFRANCE <http://legifrance.gouv.fr>

Figure 1 : Les principales qualifications pénales disponibles sur le site declicviolence.fr

Depuis le Grenelle des violences conjugales en novembre 2019, certaines modifications législatives ont été proposées (40). Parmi elles, la suppression du secret médical pour effectuer un signalement en cas de danger immédiat ou de risque de renouvellement des violences sur la victime devient possible (mais non obligatoire).

6. Mécanique de la violence conjugale

Il est intéressant de s'intéresser à la genèse d'un climat violent afin d'en améliorer la compréhension. C'est ainsi que mille cinq cents récits de victimes furent décortiqués en 1978 par Léonore Walker (maître de conférences en psychologie) afin d'en déterminer un mécanisme commun. Ce mécanisme peut se diviser en plusieurs phases qui se succèdent afin d'entretenir un cycle, appelé le cycle de la violence. (41)



Figure 2 : Le cycle de la violence d'après le site <https://info-violences-femmes.bordeaux.fr/reperer/>

Ce cycle est composé de trois à quatre phases :

La première, est la mise en place de tensions. L'agresseur est, dans cette phase, considéré comme charmant, gentil et attentionné donnant à la victime la sensation d'être aimée. Il apparaît comme très protecteur mais soumis à des épisodes d'irritabilité pouvant être interprétés par la victime comme des crises d'allure personnelle, jugées anodines.

La deuxième phase est celle de la violence. Pendant cette phase, l'agresseur agresse, que ce soit de manière psychologique, physique ou sexuelle. Il gagne alors de l'emprise sur sa victime. C'est à la suite de cette phase que les victimes seraient les plus enclines à porter plainte.

La troisième et quatrième phase est celle dite de la justification et de la lune de miel. L'agresseur met en avant sa culpabilité tout en se dédouanant de sa responsabilité. Il va minimiser ces actes entraînant de la part de la victime un pardon et une conviction d'être face à un épisode unique.

Ces différents éléments vont se succéder les uns les autres et les cycles se répéteront, avec souvent une gravité croissante des événements et un cycle de plus en plus court.

Tous les types de violences se développent dans un substrat de violences psychologiques. Peu importe la méthode, l'objectif de l'agresseur est d'obtenir une emprise sur sa victime (42). L'objectif de l'agresseur est la soumission ainsi que le contrôle de sa victime.

La mécanique psychosomatique et neurobiologique de ces violences est décrite par le Dr Salmona dans ses articles sur la mémoire traumatique (43). Les épisodes de violences sont traduits sur le plan cérébral par une sidération totale du cortex cérébral. Ainsi, l'amygdale, habituellement connue comme étant la structure régulant la gestion des émotions avec notamment l'activation des surrénales (sécrétrices des différentes hormones de stress), ne peut plus être régulée. Cela se traduit donc par un état d'hyperactivation prolongée de sa part. Cet état de stress est assimilé à un risque vital immédiat caractérisé par une hypersécrétion d'adrénaline et de cortisol. Aussi, l'organisme, pour se protéger, court-circuite l'amygdale.

S'en suit un état d'anesthésie émotionnelle, malgré la poursuite des violences, avec un état de dissociation péri-traumatique : la victime est dans un état de déréalisation et de dépersonnalisation. Elle a l'impression que les violences sont extérieures, qu'elle ne les subit pas. D'ailleurs, elle ne s'en souvient pas. C'est ce qu'on appelle la mémoire traumatique : les informations sont emprisonnées au sein de l'amygdale, rendant la restitution des événements via la structure hippocampique impossible. Toutefois, ces souvenirs, stockés dans l'amygdale, sont à l'état brut et chargés des émotions initiales (effroi, stupeur). Ils sont donc susceptibles de revenir à tout moment en cas de stimuli rappelant les violences. C'est une bombe à retardement pouvant entraîner des conduites d'éviction, ainsi que des conduites addictives dans un but "anesthésiant".

7. Conséquences des violences conjugales

A. Somatiques

Tout d'abord, une victime de violences conjugales semble avoir entre une et quatre années d'espérance de vie de moins qu'une autre personne selon l'OMS (14). Sur un plan général, elles nécessiteraient un nombre plus important d'hospitalisations, de prescriptions médicamenteuses et d'interventions chirurgicales que les autres (45). Les symptômes généraux, comme l'asthénie, seraient également plus retrouvés (14)

Outre les conséquences traumatiques retrouvées chez les victimes de violences physiques à type de fractures, plaies, ecchymoses, brûlures, contusions, un certain nombre de comorbidités peuvent être retrouvées. Elles présentent des symptômes majorés sur les plans suivants :

- Gynécologique : Dyspareunies, dysménorrhées, infections sexuellement transmissibles (44), douleurs pelviennes (14,45),
- Gastroentérologiques : Dyspepsie, syndrome de l'intestin irritable, troubles du transit (45)
- Algologique : douleurs chroniques, céphalées, migraines (45)
- Infectieuses : Cystites, pyélonéphrites (45)

B. Psychologiques

Une méta-analyse américaine (46) retrouverait chez les victimes de violences conjugales :

- 47.6 % de syndromes dépressifs
- 17.8 % d'idées suicidaires
- 63.8% d'état de stress post-traumatique

Le psychotraumatisme est, d'après la définition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM IV, "un trouble présenté par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s)."

Il peut être de type 1 si l'évènement est unique comme par exemple une catastrophe naturelle et il est dit de type 2 si l'évènement est répété (c'est notamment le cas des violences conjugales). Cette définition est rappelée par le Dr Murielle Salmona sur son site internet mémoire traumatique (47).

C. Addictologiques

Une étude sur le profil clinique des patientes arrivant en service d'urgences retrouve un pourcentage de 53 % de consommation de psychotropes chez les victimes de violences conjugales et 56% de tabagisme actif (48).

Elles seraient également 18.5% à développer un mésusage concernant une consommation d'alcool et 8.9% à consommer des drogues dures (46). Les conduites addictives sont expliquées par le Dr Salmona par une nécessité de dissociation et de déréalisation secondaire à cet état de stress post-traumatique (47).

D. Obstétricales

Elles sont particulièrement importantes à souligner, puisque la grossesse constitue un facteur déclencheur des violences conjugales. En effet, nous rappelons que 13 à 50 % des femmes victimes commenceraient à être battues pendant leur grossesse (14). De plus, ces violences seraient à l'origine de fausses couches et de complications obstétricales.

Parmi ces complications obstétricales, on retrouve une augmentation du risque de prématurité, de mort fœtale in utero, de décès maternel, de retard de croissance intra-utérin, de rupture utérine, ou encore d'hémorragies (49, 50). On retrouve également un taux plus important de grossesses non désirées (51).

On sait qu'une femme consultant pour une interruption volontaire de grossesse subit jusqu'à 3 fois plus de violences qu'une autre femme (52) et qu'une femme consultant pour une fausse couche a un risque augmenté de 1.4 de subir des violences (53).

Ces données nous font penser que le dépistage est très important dans cette population. Il est d'ailleurs recommandé depuis plusieurs années par l'American College of Obstetrician Gynecologist (5).

E. Sur les enfants

En moyenne, il y aurait 3 millions d'enfants confrontés aux violences à l'encontre de leur mère en France (55). L'ONVF fait état en 2019 de 25 enfants décédés sur fond de violences conjugales, de 16 enfants témoins de scènes de crimes, de 39 enfants témoins non visuels mais présents au domicile pendant le crime (6). Les homicides au sein du couple ont rendu 111 enfants orphelins en 2019.

Le Dr Gilles Lazimi rappelle les conséquences de ces violences sur les enfants dans un article de la Revue du praticien (55). Elles sont les suivantes :

- Traumatiques avec des plaies et ecchymoses par interposition ou lors de violences intrafamiliales.
- Troubles des apprentissages et du développement psychomoteur avec notamment des difficultés scolaires.
- Troubles de l'humeur et du comportement, notamment par un comportement violent vis-à-vis de sa mère, par reproduction du schéma familial. On peut retrouver également des comportements de violence envers d'autres individus. En effet, dans une étude réalisée sur 51 mineurs auteurs d'agression sexuelle, on retrouve une prévalence de 57 % de violences conjugales intrafamiliales au sein du foyer de l'agresseur (56).
- Troubles alimentaires (anorexie, boulimie).
- Plaintes somatiques diverses (douleurs abdominales, céphalées).
- Etat de stress post-traumatique avec des flashbacks, des cauchemars ou encore une hypervigilance.

Chez l'enfant de moins de 6 ans, la violence sur la mère entraîne une anxiété de séparation, des comportements régressifs avec encoprésie, énurésie, des troubles somatoformes et des troubles de l'alimentation et du sommeil.

Une étude sur les nourrissons de moins d'un an démontre que ces derniers développent également des symptômes post-traumatiques, corrélés et proportionnels aux faits de violences subis chez la mère (57).

Une étude montre par ailleurs que la violence conjugale sur la mère est un facteur de risque pour les enfants à long terme (58). En effet, certains risques sont majorés. Parmi eux, on retrouve le risque de développer un syndrome dépressif, des tentatives de suicide, des addictions à l'alcool ou des consommations de drogues. On retrouve également le fait d'avoir plus de cinquante partenaires sexuelles au cours de sa vie et le risque de développer des infections sexuellement transmissibles ou encore des risques de BPCO et d'emphysème.

Si ces violences sont perpétuées également sur l'enfant, il est à risque d'hépatite au cours de sa vie, de fractures osseuses, de consommation de drogues injectables, de tabagisme et d'obésité sévère sur le long terme.

F. Economiques

Les violences conjugales représenteraient un coût de 2,5 milliards d'euros chaque année en France (59). Le tout divisé dans le domaine du soin (483 millions), médico-social et judiciaire (355 millions), perte de production lié aux décès, à l'absentéisme et à l'incarcération (1099 millions d'euros) et enfin les coûts humains des viols et des blessures graves (535 millions d'euros).

8. Rôle du médecin dans les violences conjugales

Dans ce travail, nous verrons tout particulièrement le dépistage des violences conjugales. Le rôle du professionnel qui suit la déclaration des violences, est décrit par le Rapport Henrion en 2001 (60) mais également par l'OMS dans son manuel clinique à destination des professionnels (61).

Le rôle est également mentionné par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations de juin 2019 (62).

La prise en charge après déclaration des faits est de :

- Reporter les faits dans un dossier (avec l'accord de la patiente).
- Rédiger des certificats de coups et blessures (et ce, même si la patiente ne compte pas porter plainte pour le moment).
- Ecouter et répondre aux différentes interrogations avec empathie sans la culpabiliser ou lui dicter une conduite à tenir.
- Ne pas essayer à tout prix de lui faire faire porter plainte ou quitter la relation.

A) Dépister

Le dépistage systématique des violences conjugales des femmes est un sujet faisant polémique sur le plan scientifique depuis le début des années 2000. On retrouve ainsi des avis divergents selon les institutions et les gouvernements. Plusieurs méta-analyses n'ont pas réussi à démontrer une différence significative sur la qualité de vie et sur la récurrence des violences entre les femmes ayant bénéficié d'un dépistage systématique par rapport aux femmes n'ayant pas eu ce dépistage (63)(65).

Pour ces raisons, il est non recommandé par l'OMS, qui préconise plutôt un dépistage individuel en cas de doute (61). Cette recommandation est suivie par la US Preventive Task Forces Recommendation (USPTFR) qui préconisait en 2004 de ne pas effectuer de dépistage systématique devant l'absence de preuve d'un bénéfice sur le plan de la qualité de vie des femmes victimes de violence ainsi que sur le taux de récurrence des violences.

L'USPTFR a publié en 2012 une revue complète de la littérature scientifique anglophone, sur l'intérêt, cette fois-ci, d'un dépistage systématique des violences conjugales (64). Cette revue de la littérature, bien que rencontrant certaines limites, notamment une forte prévalence de pertes de vue, ne retrouvait pas de différence significative du dépistage systématique sur le plan de la qualité de vie, sur la symptomatologie dépressive ainsi que sur la récurrence des violences. Cependant, y étaient également étudiés les effets secondaires du dépistage. La grande majorité de ces études ne retrouvait pas d'effet secondaire au dépistage. Une seule étude se distinguait des autres en montrant que 24% des femmes avaient été choquées par la question du dépistage. Un pourcentage qui était plutôt aux alentours de 10% dans les autres articles (64).

Il est intéressant de noter que la majorité des femmes ayant été choquée par cette question était anciennement et/ou toujours victimes de violences. Cette acceptabilité du dépistage systématique a fait l'objet de plusieurs thèses. Celle de Mathilde Palisse, en 2013, évaluait l'acceptabilité du dépistage des violences sexuelles en médecine générale. Elle retrouvait que 83 % des 145 femmes interrogées trouvaient normal d'être interrogées à ce sujet par leur médecin généraliste (2).

Plusieurs études sont en cours dans certains départements français, pour explorer les attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste (AVIC-MG). Certains résultats sont parus dans les départements d'Alsace, Aquitaine, Loire Atlantique, Finistère et PACA (66–70). Les résultats retrouvent un taux d'acceptabilité du dépistage allant de 80% en Alsace à 91.25% en Loire Atlantique.

La USPTFR a changé ses recommandations en 2013 en prônant le dépistage systématique des femmes en âge de procréer (71). En revanche, elle ne le recommande pas chez les hommes, faute de données dans cette population. Elle a été suivie en 2019 par la HAS dans de nouvelles recommandations sur le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple (62). Ce dépistage est d'autant plus important que l'Observatoire National des Violences faites aux femmes (6) établit le constat que plus de 50% des femmes victimes de violences conjugales n'en ont jamais parlé à un professionnel. Parmi les professionnels, les victimes semblent plus enclines à en parler à leur médecin.

Graphique 2

Proportion de femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint ayant entrepris des démarches auprès de professionnel.le.s

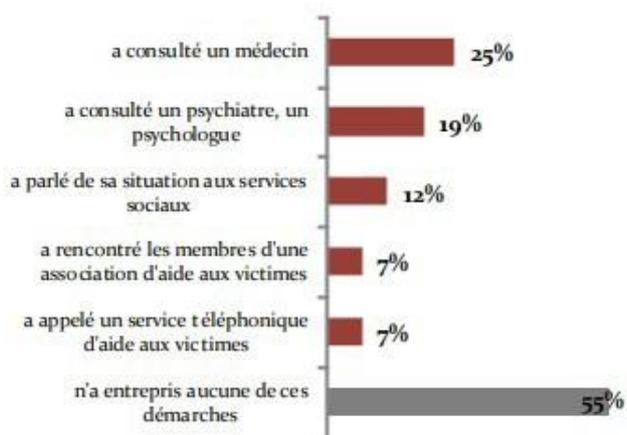


Figure 3 : Proportion de femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint ayant entrepris des démarches auprès de professionnel.le.s disponible dans la lettre de l'ONVF n°16

Le silence des victimes est pluricausal (26). Ce serait par peur de la réaction des autres, par sentiment de honte ou d'embarras, par déni, par peur d'une implication par les forces de police, et par peur d'une séparation de la famille.

B. Communication

L'aspect communicationnel apparaît crucial dans ce contexte de violence afin de faciliter la divulgation des violences. L'OMS publie en 2013 un manuel clinique à destination des professionnels. Cet outil, se basant essentiellement sur l'aspect communicatif, recommande tout d'abord de ne pas aborder ce sujet si la patiente est accompagnée, puis de l'effectuer dans un langage adapté à la culture de la personne (61).

La ligne de conduite est la suivante : tout d'abord, écouter la patiente, ensuite lui demander des informations et enfin, la questionner sur ses préoccupations. Il apparaît essentiel de valider ce qu'elle raconte et de ne pas douter de ses déclarations.

Les tableaux suivants sont des aides, mises au point dans ce manuel clinique, afin d'avoir une écoute active adaptée lors d'un entretien avec une patiente victime de violences conjugales.

À faire et à ne pas faire pendant l'écoute active	
À faire	À ne pas faire
Votre comportement	
Soyez patient et calme.	Ne la pressez pas de raconter son histoire.
Faites-lui savoir que vous écoutez ; par exemple, hochez la tête ou dites « hmm ... »	Ne regardez pas votre montre et ne parlez pas trop vite. Ne répondez pas au téléphone, ne regardez pas un écran d'ordinateur et n'écrivez pas.
Votre attitude	
Admettez ce qu'elle ressent.	Ne jugez pas ce qu'elle a ou n'a pas fait, ni ce qu'elle ressent. Ne dites pas : « Vous ne devriez pas ressentir cela », « Vous devriez vous estimer heureuse d'avoir survécu », ni « Ma pauvre ».
Laissez-la raconter son histoire à son rythme.	Ne lui demandez pas de se dépêcher.
Votre discours	
Donnez-lui l'occasion de dire ce qu'elle veut. Demandez : « Comment puis-je vous aider ? ».	Ne partez pas du principe que vous savez ce qui est mieux pour elle.
Encouragez-la à continuer de parler si elle le désire. Demandez : « Voudriez-vous m'en dire plus ? ».	Ne l'interrompez pas. Attendez qu'elle ait fini pour poser des questions.

Figure 4 : Conseils à l'écoute active disponibles dans le manuel clinique de l'OMS

Aider les femmes à surmonter les sentiments négatifs	
Sentiments	Réponses possibles
Abattement	« Beaucoup de femmes parviennent à améliorer leur situation. Au fil du temps, vous verrez probablement qu'il y a de l'espoir. »
Désespoir	Mettez l'accent sur les atouts de la personne et sur la manière dont elle a su gérer une situation dangereuse ou difficile par le passé.
Impuissance, perte de contrôle	« Vous disposez aujourd'hui de choix et d'options sur la façon de procéder. »
Réminiscences	Expliquez qu'elles sont courantes et que, souvent, elles deviennent moins fréquentes ou disparaissent à mesure que le temps passe.
Déni	« Je prends au sérieux ce que vous m'avez dit. Si vous avez besoin d'aide à l'avenir, vous me trouverez ici. »
Culpabilité et rejet de la faute sur soi	« Vous n'êtes pas à l'origine de ce qui vous est arrivé. Vous n'êtes pas responsable de son comportement. »
Honte	« Il n'y a pas de perte d'honneur dans ce qui s'est produit. Vous avez de la valeur. »
Peur non fondée	Insistez en disant : « Vous êtes en lieu sûr maintenant. Nous pouvons discuter des moyens de garantir votre sécurité. »
Torpeur	« C'est une réaction courante face aux événements difficiles. Vous ressentirez à nouveau toutes les sensations en temps voulu. »
Sautes d'humeur	Expliquez qu'elles peuvent être courantes et devraient s'atténuer avec le processus de guérison.
Colère à l'égard de l'auteur des faits	Reconnaissez qu'il s'agit d'un sentiment légitime.
Anxiété	« C'est fréquent, mais nous pouvons discuter des moyens de vous aider à être moins anxieuse. »
Désarroi	« Nous sommes ici pour vous aider. »

Figure 5 : Aides communicationnelles disponibles dans le manuel clinique de l'OMS

À faire et à ne pas faire pendant l'écoute active	
À faire	À ne pas faire
Autorisez le silence. Donnez-lui le temps pour réfléchir.	N'essayez pas de conclure ses pensées à sa place.
Restez concentré sur son expérience et sur l'objectif de lui offrir un appui.	Ne lui racontez pas l'histoire de quelqu'un d'autre et ne parlez pas de vos soucis.
Admettez ce qu'elle veut et respectez ses désirs.	Ne pensez pas et n'agissez pas comme si vous deviez résoudre ses problèmes à sa place.

Figure 6 : Conseils à l'écoute active disponibles dans le manuel clinique de l'OMS

C. Outils disponibles

Plusieurs questionnaires et outils ont déjà été créés dans le but de dépister la violence conjugale. De nombreux questionnaires existent sur le plan international (73), mais ils ne sont ni traduits en langue française ni validés dans cette population.

Début 2021, l'un d'entre eux, le Woman Abuse Screening Tool (74) est reconnu comme questionnaire de dépistage après avoir été validé par une équipe de Clermont Ferrand. Il comporte 8 questions auxquelles on peut répondre de 0 à 2. Une valeur supérieure à 5 permet de dépister une femme potentiellement victime de violences conjugales. Il a une sensibilité de 97.7% et une spécificité de 97.1%.

Dans sa version anglaise, les deux premières questions du WAST constituent le WAST-short et permettraient d'être moins chronophage pour dépister les violences à l'interrogatoire (73). Cependant celui-ci n'a pas été étudié dans sa version française.

Version française du WAST, questionnaire de dépistage des violences conjugales

Questionnaire WAST

Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

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

WAST : *Woman Abuse Screening Tool*.

Figure 7 : Questionnaire WAST validé en français

Des fiches de formation ont été mises à disposition des professionnels de santé en 2019 par la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Parmi elles, le kit Anna est axé sur le dépistage des violences conjugales (75).

Un outil intéressant a également été développé en 2018 par l'Observatoire des violences faites aux femmes de Seine Saint Denis en prévention des violences conjugales et distribué dans les lycées et en festival. Il s'agit du violentomètre (76).

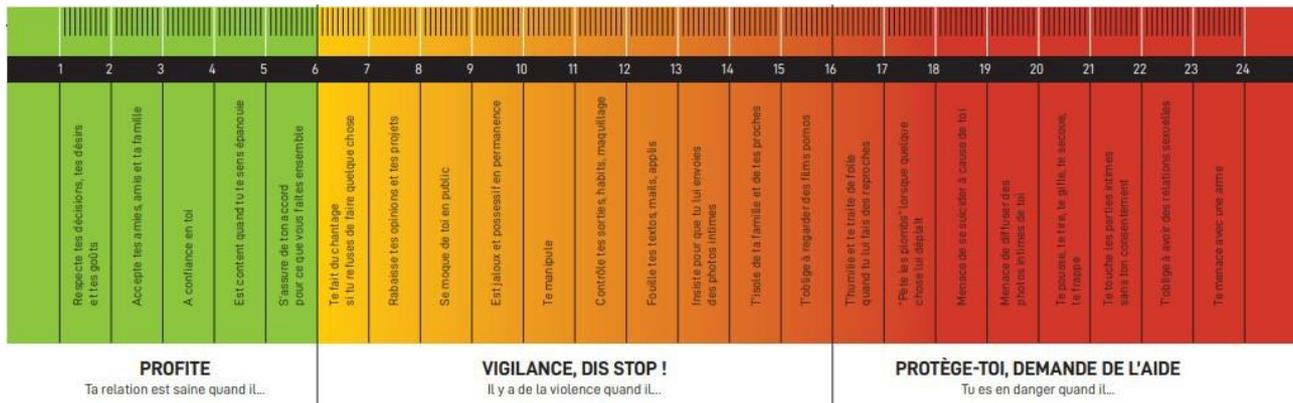


Figure 8 : Violentomètre

D. Certificats de coups et blessures

Il est nécessaire d'informer la victime de violence de la nécessité d'un certificat médical afin de faire constater ses lésions, qu'elles soient physiques ou psychologiques (61). Ce certificat médical est à renouveler après chaque épisode de violence, et ce, même si la victime n'en est pas demandeuse.

Un modèle de certificat est mis à disposition par la HAS et est disponible en annexe (annexe 1). Si la victime ne désire pas de certificat car elle se sent en danger de garder ses papiers chez elle, de peur que son conjoint les trouve, il peut être utile de lui parler du site memo-de-vie.org. Ce site, fondé par France Victime, permet de stocker des documents importants ou encore des photos. Sa particularité, par rapport aux autres sites de stockage, est d'avoir une icône "Vite, je quitte" en bas à droite de l'écran, permettant de quitter le site à tout moment et d'avoir une bibliothèque étoffée de conseils et de témoignages à destination des victimes.

E. Orienter

La victime doit tout d'abord signaler les faits de violence, si possible avec un certificat médical, en gendarmerie ou commissariat de police. Depuis quelques années, il existe des unités spécialisées dans les violences intrafamiliales et des assistantes sociales en gendarmerie. Les coordonnées de celles-ci sont disponibles sur le site de l'Observatoire Réunionnais des Violences faites aux Femmes (ORVIF) (77) sur une cartographie regroupant les différents acteurs.

Un travail de thèse du Dr Blottiaux a également permis la création de fiches de contact disponibles sur l'île par territoire (Ouest, Sud, Nord et Est). Elles sont disponibles en annexes. (Annexes 2,3,4,5) (78).

La plainte est à privilégier par rapport à la main courante car celle-ci entraîne une procédure judiciaire.

Depuis la loi du 30 juillet 2020, la divulgation de violences conjugales en cas de danger immédiat et d'emprise trop importante sur la victime est devenue une dérogation au secret médical (un modèle type de signalement est disponible en annexe 6) (79). Dans ce cas, la divulgation des violences se fait directement au procureur de la République par courrier électronique à l'adresse mail structurelle de la permanence du parquet compétent, pour être traitée par le magistrat du parquet de permanence. Le praticien ayant réalisé le signalement reçoit alors un accusé de réception. Le procureur va, par la suite, saisir en urgence l'association d'aide aux victimes pour porter assistance à la victime. Une enquête détermine enfin si l'accusé nécessite une éviction du domicile. Dès le signalement, et si besoin après l'enquête, la victime bénéficie d'une protection renforcée. Il peut s'agir d'une ordonnance de protection (valable 6 mois), le "téléphone grand danger" ou encore le bracelet anti-rapprochement.

9. Freins des généralistes

On sait, grâce à plusieurs études, que le dépistage des violences conjugales est très peu réalisé par le corps médical. Une étude américaine réalisée en 2002 montrait que 10% des médecins interrogés (sur 2500) posait la question des antécédents de violences à leurs patientes (80). La plupart de ces médecins étaient des gynécologues obstétriciens. Seulement 6% des médecins interrogés posaient cette question de façon systématique. Les raisons retrouvées étaient multiples : le manque de formation, le manque de ressources, la peur que cette question offense les patientes, la conviction que la patiente le leur dirait le cas échéant, ou encore le manque de temps.

Une autre étude retrouve également, de la part des généralistes, l'impression d'impuissance une fois le dépistage réalisé, ainsi qu'une difficulté à poser la question chez les patientes avec une situation socio-économique élevée (72).

10. Méthode de Repérage précoce et Intervention Brève

La méthode du “Repérage Précoce et Intervention Brève” (RPIB) est une méthode développée en addictologie pour diminuer les consommations. Elle est utilisée dans la lutte contre le tabagisme (conseil minimal), contre le cannabis et contre l'alcool (81). Cette méthode de dépistage présente l'intérêt d'être courte, puisque réalisable en quelques minutes, et efficace en addictologie. Elle permet, à la suite d'une question de dépistage, d'intervenir brièvement si le dépistage est positif et d'instaurer un renforcement positif si le dépistage est négatif. Par exemple, concernant le dépistage du tabagisme la question “*Fumez-vous ?*” est suivie de la réponse “*Avez-vous déjà songé à arrêter ?*” si le dépistage est positif, et d'un renforcement positif en insistant sur les intérêts sanitaires de ne pas fumer.

Si la personne a déjà pensé à arrêter, il y a un intérêt à lui proposer un sevrage et à évaluer sa dépendance à la nicotine. Si elle n'a jamais pensé à arrêter, lui mentionner que le jour où elle sera prête, un sevrage sera possible et sera bénéfique pour la santé.

Cette méthode n'est pas encore développée dans d'autres pratiques de prévention. Cependant, un RPIB concernant l'activité physique a été mis en place en 2008 (82).

Deuxième partie : Article

I. Introduction

Les violences conjugales touchent plus d'une femme sur dix sur notre île selon l'enquête ENVEFF Réunion (3) et VIRAGE Réunion (4).

Elles ont de nombreuses conséquences, tant sur le plan somatique que psychologique, et seraient à l'origine de nombreux motifs de consultations médicales. D'après les données de l'Observatoire national des violences faites aux Femmes, le médecin généraliste est souvent la première personne à qui s'adressent les victimes (6). Cependant, les médecins généralistes ne posent que rarement la question des violences conjugales à leurs patientes. Les raisons ont été étudiées à grande échelle aux Etats Unis (80), mais également sur le territoire Français par différents travaux de thèse (83–85). Les raisons se rejoignent : c'est souvent par manque de temps, méconnaissance des réseaux, par défaut de formation ou par peur d'être intrusif.

Pourtant, de nombreuses études anglophones (64,71) ont démontré que les femmes, qu'elles soient victimes ou non, sont majoritairement favorables à un dépistage systématique de la part de leur médecin. D'ailleurs, la Haute Autorité de Santé le recommande depuis juin 2019 (62).

Comment dépister ces violences à l'interrogatoire ?

Il existe des questionnaires validés dans leurs versions anglaises (73), dont le WAST, qui vient d'être validé en version française (74). La HAS met à disposition des exemples de questions à but de dépistage dans ses dernières recommandations (62).

Une vidéo pédagogique a également été réalisée par la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes (MIPROF), intitulée Anna. Cette dernière peut servir d'aide aux médecins généralistes pour ce dépistage (75).

Une des principales difficultés de ces différentes questions semble résider dans l'intégration des violences psychologiques dans la notion de violences conjugales. Concernant les techniques de communication à adopter, l'Organisation Mondiale de la Santé a mis à disposition un manuel clinique (61). Il est recommandé, dans un premier temps, d'écouter la patiente, puis de la questionner sur ses préoccupations. L'OMS insiste sur l'importance de valider et de ne pas douter du discours de la victime.

Par la suite, il est préconisé une intervention contenant le questionnement évaluant le danger immédiat, sans essayer de lui faire porter plainte coûte que coûte si cela n'est pas sa volonté, la remise de contact (associations, assistance sociale...) ainsi que la reprogrammation d'un rendez-vous.

En addictologie, il existe une méthode de dépistage appelée "Repérage précoce et intervention brève", dont la plus connue est celle utilisée pour la cigarette (conseil minimal). Elle comprend une question de dépistage ("Fumez-vous ?") puis, en fonction de la réponse, une conduite à tenir par le clinicien (si oui : "avez-vous déjà pensé à arrêter ?", si non : renforcement positif)(86).

L'objectif de cette étude qualitative est donc d'aboutir à un prototype de RPIB reproductible et pertinent pour aider les médecins généralistes à poser la question des violences conjugales.

II. Méthodes

1. Méthode Delphi

La méthode DELPHI est une méthode qualitative dite de "consensus d'experts", développée dans le but d'obtenir et de synthétiser les connaissances d'un groupe sur un sujet donné (87). Elle est utilisée notamment dans le domaine de la santé publique afin d'élaborer différentes recommandations sur les pratiques médicales, et ce, depuis la fin des années 1970 (88). Cette méthode est utilisée dans de nombreux domaines (marketing, économie, sciences sociales, sciences militaires et technologiques...). Elle consiste en l'élaboration puis l'envoi, généralement par courriel, d'un questionnaire à différents experts. Les experts peuvent, de manière anonyme, évaluer chaque proposition grâce à une échelle de cotation entre 1 (totalement en désaccord) et 9 (totalement en accord). Elle nécessite plusieurs tours afin d'arriver à un accord ou à un consensus selon les règles d'analyse de la HAS (89). Cette méthode nécessite alors plusieurs étapes successives : la définition du problème rencontré, la sélection des experts, l'élaboration du questionnaire, l'administration du questionnaire et le traitement des données.

2. Formulation du problème rencontré

Dans ce travail, nous nous intéressons à définir un modèle de repérage précoce et d'intervention brève, afin de permettre aux praticiens libéraux de dépister d'une façon rapide et standardisée les violences conjugales subies par leurs patientes.

Le constat, établi précédemment, est que les médecins généralistes ne pratiquent que très peu le dépistage des violences conjugales par manque de temps, manque de formation, méconnaissance des réseaux et surtout à cause d'une certaine gêne par rapport à la pose de cette question (80). Par conséquent, l'objectif de cette étude est de proposer un modèle simple et reproductible pour aider les professionnels à aborder ce sujet. L'objectif est donc de proposer un ou des modèles de questions adaptées à la population réunionnaise pour dépister les violences faites aux femmes ainsi que des réponses à apporter en fonction du statut de la patiente.

3. Sélection des experts

Les experts ont été recrutés entre février 2020 et novembre 2020. Le recrutement s'est fait initialement via :

- Par courriel aux différentes associations de lutte contre les violences intrafamiliales de l'île,
- Par courriel sur les e-mail mis à disposition par l'ORVIFF ou les plannings familiaux,
- Via les réseaux sociaux (Facebook notamment) par le biais de publications sur des groupes regroupant plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux,
- Par bouche à oreille.

Les critères d'inclusion des différents experts étaient principalement – la confrontation aux violences conjugales dans la sphère professionnelle - l'intérêt personnel par rapport à la problématique des violences conjugales. Par la suite, le recrutement a pu également être réalisé par "effet boule de neige", en fonction des contacts donnés par les différents participants contactés. S'en est suivie une rencontre présentielle ou téléphonique, en fonction des différentes mesures sanitaires, organisée afin d'expliquer le projet, la méthode utilisée ainsi que l'obtention du consentement, dans le but de faire partie des experts nécessaires à l'étude.

A l'issue de cette étape, une mail liste avec les différents professionnels intéressés fut établie : celle-ci regroupant vingt-trois experts dont les caractéristiques professionnelles sont établies ci-dessous.

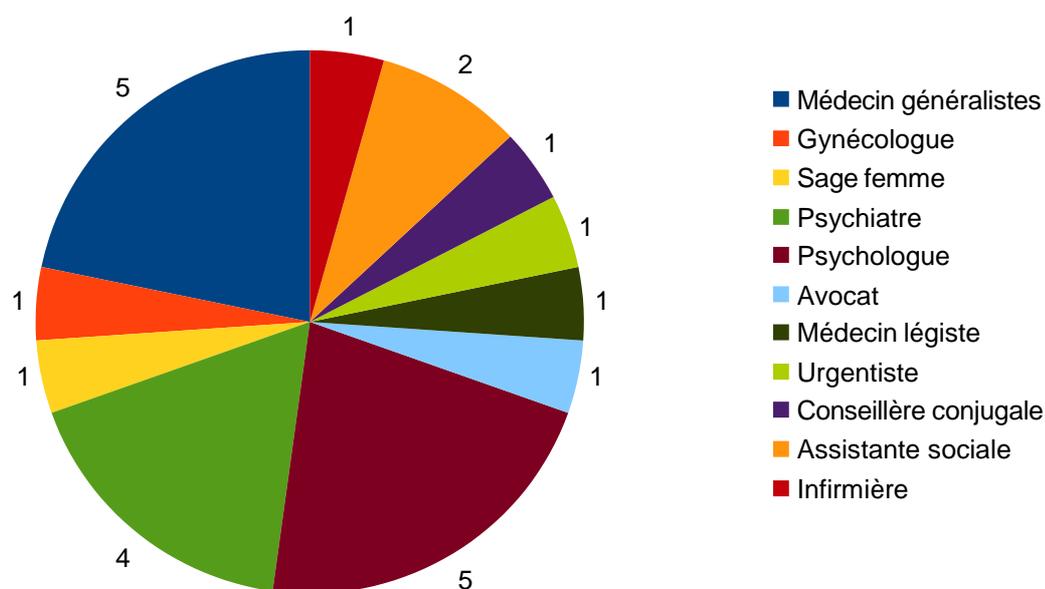


Figure 9 : Caractéristiques professionnelles des experts

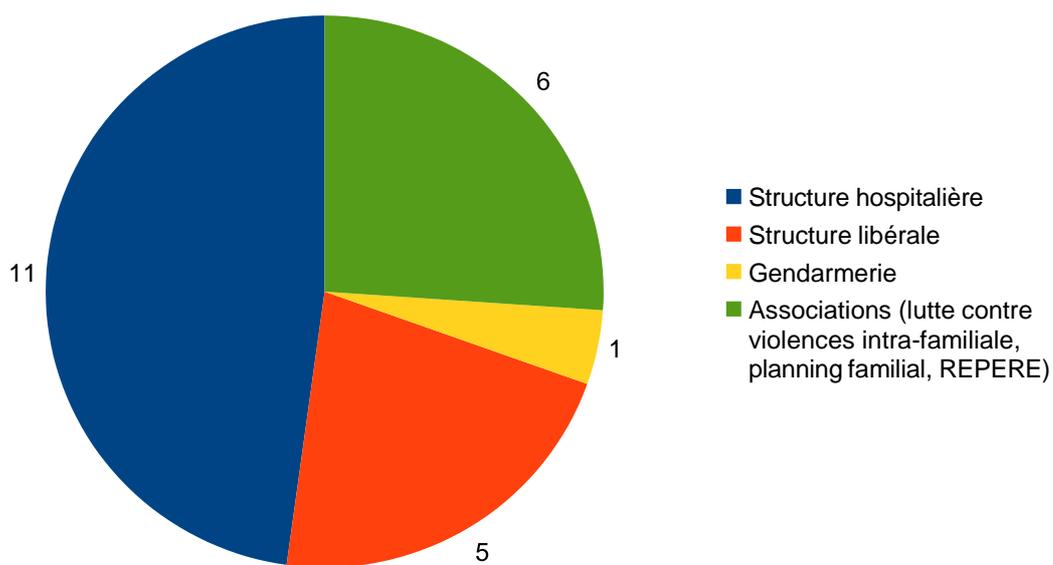


Figure 10 : Caractéristiques du mode d'exercice des experts

4. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire fut élaboré à l'aide du Dr Gomard Philippe, médecin généraliste à Saint Louis et de Mme Kreder Chantal, psychologue travaillant dans l'unité de psychotraumatologie du CHU de Saint Pierre. Il se divise en plusieurs questions afin de réaliser par la suite un modèle de repérage précoce et intervention brève.

La première question du questionnaire portait sur la phrase initiale de dépistage des violences conjugales, avec l'inclusion des questions proposées par la Haute Autorité de Santé (62) en exemple.

La deuxième, troisième et quatrième question portaient sur la réponse à apporter en cas respectivement : - de violences conjugales dépistées, - d'un questionnement de la patiente par rapport à la question posée – d'absence de violences conjugales dépistées.

La cinquième question portait sur les éléments à apporter à une femme victime de violence à la suite d'un dépistage positif.

La sixième question interrogeait les experts sur le moment adéquat et les modalités, qui étaient, selon eux, les plus propices pour réaliser ce dépistage.

Pour chaque proposition, l'expert était amené à voter avec une échelle de cotation allant de 1 à 9 (le 1 signant un désaccord total et le 9 un accord total).

Le questionnaire initial est disponible en annexe (annexe 7).

Chaque expert, au fur et à mesure des tours de la méthode Delphi, avait la possibilité, à chaque question, de commenter sa réponse et de proposer un nouvel élément qui lui semblait plus pertinent.

Un deuxième questionnaire a été envoyé dans un deuxième temps avec les modifications et les propositions des différents experts, en enlevant les accords forts obtenus.

L'envoi des questionnaires par voie électronique fut réalisé à l'aide de Google Form, ceci permettant l'anonymat de chaque expert et donc l'absence d'influence des uns sur les autres.

5. Convergence des réponses

Devant l'obtention de plusieurs accords forts et accords relatifs, obtenus à la fin du deuxième tour, un troisième tour Delphi ne fut pas indispensable à l'élaboration d'un prototype de dépistage des violences.

A l'issue du deuxième tour, la construction d'un algorithme de dépistage fut réalisée à l'aide du Dr Gomard, en utilisant les propositions ayant obtenu des accords relatifs et des accords forts. Dans les cas où plusieurs avis relatifs étaient reçus, celui ayant la médiane la plus haute a été intégré dans le prototype.

III. Résultats

1. Résultats à l'issue du premier tour.

Le premier tour se déroula entre novembre 2020 et février 2021. A l'issue de celui-ci, quatorze questionnaires ont pu être obtenus sur vingt-trois experts au total, soit une participation de 61%. Les résultats furent interprétés en fonction des tableaux mis à disposition par la HAS et présentés ci-dessous.

Proposition jugée		Valeur de la médiane	Distribution des réponses au 1 ^{er} tour	Discutée en réunion du groupe de cotation	Soumise au second tour de cotation
Appropriée	accord fort	≥ 7	Toutes les réponses comprises entre [7-9].	Non, la recommandation est acceptée telle quelle. Si un des membres présents n'a pas rempli son questionnaire, s'assurer en réunion qu'il vote lui aussi entre [7-9].	Non, la recommandation est acceptée telle quelle.
	accord relatif	≥ 7	Toutes les réponses comprises entre [5-9].	Oui	Oui
Inappropriée	accord fort	≤ 3	Toutes les réponses comprises entre [1-3].	Non, la recommandation est rejetée telle quelle. Si un des membres présents n'a pas rempli son questionnaire, s'assurer en réunion qu'il vote lui aussi entre [1-3].	Non, la recommandation est rejetée telle quelle
	accord relatif	$\leq 3,5$	Toutes les réponses comprises entre [1-5].	Oui	Oui
Incertaine	indécision	comprise dans [4-6,5]	Quelle que soit la répartition.	Oui, systématiquement.	Oui
	absence de consensus	≥ 7	Au moins une valeur < 5 ou une valeur manquante.	Oui, systématiquement.	Oui
		$\leq 3,5$	Au moins une valeur > 5 ou une valeur manquante.	Oui, systématiquement.	Oui

Figure 10 : Recommandations d'évaluation des propositions au premier tour selon la HAS

A/ Quelle question poser à l'interrogatoire de façon systématique ?

1) Quelle question poser à l'interrogatoire de façon systématique ?

Proposition	Médiane	Distribution des réponses	Conclusion
Vous arrive-t-il d'avoir peur à la maison ?	6.5	[3-9]	Indécision
Comment vous sentez-vous à la maison ?	7	[1-9]	Absence de consensus
Subissez vous des violences que ce soit des violences physiques, psychologiques ou encore sexuelles ?	7	[4-9]	Absence de consensus
En cas de dispute, comment cela se passe à la maison ?	7	[3-9]	Absence de consensus
Comment se passent vos rapports intimes ? En cas de désaccord ?	5	[2-9]	Indécision
Avez-vous peur pour vos enfants ?	6.5	[2-9]	Indécision
Vivez-vous des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ?	7	[3-9]	Absence de consensus
Avez-vous été agressée verbalement physiquement ou sexuellement par votre partenaire ?	7	[4-9]	Absence de consensus
Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ?	7	[3-9]	Absence de consensus
Vous sentez-vous humiliée ou insultée par votre partenaire ?	6	[2-9]	Indécision

Autres propositions apportées : Votre conjoint est-il très jaloux ? Vous sentez vous en sécurité chez vous ? Et comment cela se passe t-il avec votre conjoint ? Vos enfants ont-ils peur ? Et comment ça se passe avec monsieur ?

Modifications apportées : "dévalorisée, humiliée" en "dévalorisée, insultée, humiliée"

Aucune proposition dans cette question ne fut retenue comme étant un accord (qu'il soit relatif ou fort). Les propositions "Vous arrive-t-il d'avoir peur à la maison ?", "Comment se passent vos rapports intimes ? En cas de désaccord ?", "Avez-vous peur pour vos enfants ?" "Vous sentez- vous humiliée ou insultée par votre partenaire ?" ont toutes obtenu une médiane inférieure à 7 et une hétérogénéité des réponses entre les experts signant une indécision.

Les propositions "Comment vous sentez-vous à la maison ?", " Subissez-vous des violences que ce soit des violences physiques, psychologiques ou sexuelles ?", "En cas de dispute, comment cela se passe à la maison ?", "Vivez- vous des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ?", "Avez-vous été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ?" ont toutes eu des médianes au-dessus ou égales à 7 mais avec certains résultats inférieurs ou égaux à 5 empêchant un accord. Elles témoignent donc d'une absence de consensus.

Certaines modifications ont été proposées par les différents experts, notamment le fait de rajouter l'adjectif "dévalorisée" à la question "Vous sentez- vous humiliée ou insultée par votre partenaire ?". De nouvelles questions ont, elles aussi, été proposées : "Votre conjoint est-il très jaloux ?" "Vous sentez-vous en sécurité chez vous ?", "Et comment cela se passe-t-il avec votre conjoint ?", "Vos enfants ont-ils peur ?", "Et comment cela se passe avec monsieur ?"

Ces propositions ont été intégrées par la suite au questionnaire du deuxième tour.

B/ Quelle réponse apporteriez-vous en cas de réponse positive ?

2) Quelle réponse apporteriez vous en cas de réponse positive ?

Propositions	Médiane	Distribution des réponses	Conclusion
Dites-moi	8	[1-9]	Absence de consensus
En avez-vous déjà parlé à quelqu'un ? Qui est-ce ?	8	[3-9]	Absence de consensus
Quelle démarche avez-vous entreprise ?	7	[3-9]	Absence de consensus
Connaissez-vous des personnes ou associations qui pourrait vous aider dans cette situation ?	4	[4-9]	Absence de consensus
Comment je peux vous aider ?	8	[3-9]	Absence de consensus

Autres propositions apportées : "Avez-vous déjà pensé à vous séparer ? Qu'est-ce qui fait que vous ne l'avez pas envisagé / fait ?", "Je suis là pour vous aider par rapport à cela également. Nous pouvons nous revoir pour une consultation dédiée et voir qu'elles sont les solutions possibles." "Depuis combien de temps subissez vous ces violences?" "D'autres partenaires vous ont infligé de la violence auparavant?"

Modifications apportées : Modification de "Quelle démarche avez vous entreprise ?" en "Avez vous entrepris une démarche ?"

Aucune proposition ne fut considérée comme accord. Toutes les propositions suivantes : "Dites-moi", "En avez-vous déjà parlé à quelqu'un ? Qui est-ce ?", "Quelle démarche avez-vous entreprise ?", "Connaissez-vous des personnes ou associations qui pourraient vous aider dans cette situation ?", "Comment je peux vous aider ?" ont toutes des résultats inférieurs à 5, empêchant un consensus.

Certaines modifications ont été proposées, notamment la modification de "Quelle démarche avez-vous entreprise ?" en "Avez-vous entrepris une démarche ?", car considérée comme moins culpabilisant pour la victime.

Par ailleurs, certaines propositions ont été faites et ont donc été ajoutées au questionnaire du deuxième tour. Celles-ci sont : "Avez-vous déjà pensé à vous séparer ? Qu'est-ce qui fait que vous ne l'avez pas fait ?", "Je suis là pour vous aider par rapport à cela également. Nous pouvons nous revoir pour une consultation dédiée et voir quelles sont les solutions possibles ", "Depuis combien de temps subissez-vous ces violences ?", "D'autres personnes vous ont-elles infligé de la violence auparavant ?".

C/ Quelle réponse apporteriez-vous si la personne vous demandait pourquoi vous lui posez la question ?

3) Quelle réponse apporteriez vous si la patiente vous demandait pourquoi vous lui posez la question ?

Propositions	Médiane	Distribution des réponses	Conclusion
Parce que je le fais de façon systématique	8	[3-9]	Absence de consensus
Quatre femmes sur dix dans ma salle d'attente subissent des violences de la part de leur conjoint ou ancien conjoint. Ces violences ont des répercussions sur leur santé. Il est donc de mon devoir de vous poser la question	8	[3-9]	Absence de consensus
La HAS préconise le dépistage de ces violences, c'est un sujet important de santé publique	5	[1-8]	Indécision
Les violences ont des répercussions sur la santé des patients, mon rôle est de vous aider	6	[3-8]	Indécision
Le médecin est le premier recours pour les femmes victimes des violences conjugales, il me semble donc important de vous poser la question	7	[5-9]	Accord relatif

Autres propositions apportées : "Les violences conjugales touchent toutes les classes de la société, quelque soit le niveau social, éducatif, financier..." "Je le fais de façon systématique pour pouvoir dépister des femmes en danger et qui ont besoin d'aide. La plupart n'en parleront pas spontanément." "Parce que c'est une information importante à avoir pour le professionnel qui doit vous apporter une aide adaptée à vos besoins" "Voulez vous des informations sur les violences conjugales ? "

Modifications apportées : "répercussions sur la santé des femmes et de leurs enfants"

Une des propositions du questionnaire initial ("Le médecin est le premier recours pour les femmes victimes de violences conjugales, il me semble donc important de vous poser la question") a été retenue comme étant un accord relatif avec une médiane à 7 et aucun résultat en dessous de 5.

Les autres propositions "Parce que je le fais de façon systématique" et "Quatre femmes sur dix dans ma salle d'attente subissent des violences de la part de leur conjoint ou ex-conjoint. Ces violences ont des répercussions sur la santé. Il est donc de mon devoir de vous poser la question." ont toutes les deux obtenu une moyenne à plus de 7, mais certains résultats ont été inférieurs à 5, empêchant donc un accord.

Les deux dernières propositions "La HAS préconise le dépistage de ces violences, c'est un sujet important de santé publique" et "Les violences ont des répercussions sur la santé des patients, mon rôle est de vous aider" n'ont toutes les deux pas obtenu d'accord avec une médiane inférieure à 7 et des résultats avec une distribution des réponses élargie, signant ainsi une indécision entre les experts.

Certaines propositions ont été modifiées par les experts, par exemple " Les violences ont des répercussions sur la santé des patients, mon rôle est de vous aider" a été modifié en "Les violences ont des répercussions sur la santé des femmes et de leurs enfants, mon rôle est de vous aider".

D'autres propositions ont, quant à elles, été ajoutées comme suit : "Les violences conjugales touchent toutes les classes de la société, quel que soit le niveau social, éducatif et financier", "Je le fais de façon systématique pour pouvoir dépister des femmes en danger et qui ont besoin d'aide. La

plupart n'en parleront pas spontanément”, “ Parce que c'est une information importante à avoir pour le professionnel qui doit vous apporter une aide adaptée à vos besoins”, ou encore “Voulez-vous des informations sur les violences conjugales ?”

Les dernières propositions ont été modifiées et ajoutées au questionnaire pour le deuxième tour.

D/ Quelle réponse apporteriez-vous en cas de réponse négative?

4) Quelle réponse apporteriez-vous en cas de réponse négative ?			
Propositions	Médiane	Distribution des réponses	Conclusion
“D'accord” puis passage à un autre sujet	3	[1-5]	Inappropriée avec un accord relatif
“Si jamais cela vous arrive, je suis là”	8	[4-9]	Absence de consensus
“Si vous connaissez des femmes dans votre entourage qui subissent ce genre de violence, elles peuvent venir m'en parler”	6	[2-9]	Indécision
“Si vous connaissez des femmes dans votre entourage qui subissent ce genre de violence, je peux vous donner des contacts”	6.5	[2-9]	Indécision
Si non et suspicion de violences : aborder le cycle de la violence	5	[1-9]	Indécision
Si non et suspicion de violences : Redéfinir différents types de violences+/- violentomètre	7	[2-9]	Absence de consensus
Autres propositions apportées : “ Il est parfois difficile de parler de ces choses là mais si vous êtes concernée sachez que nous pouvons en discuter ensemble”			

Modifications apportées :

Une proposition (“D'accord” puis passage à un autre sujet) a obtenu un accord relatif sur son inadéquation dans ce contexte. En effet, on retrouve une médiane à 3, avec des données allant de 1 à 5.

La proposition “Si jamais cela vous arrive, je suis là” ainsi que la proposition “Si non et suspicion de violences : redéfinir les différents types de violences avec notamment le violentomètre” ont toutes les deux obtenu une absence de consensus avec une médiane supérieure ou égale à 7 mais certaines données inférieures à 5.

Les propositions “Si vous connaissez des femmes dans votre entourage qui subissent ce genre de violence, elles peuvent venir m'en parler”, “Si vous connaissez des femmes dans votre entourage qui subissent ce genre de violence, je peux vous donner des contacts” et “Si non et suspicion : aborder le cycle de la violence” ont suscité une indécision avec des médianes inférieures à 7 et une distribution des données relativement hétérogène.

Aucune modification n'a été apportée par les experts. En revanche, une proposition a été proposée : “Il est parfois difficile de parler de ces choses-là mais, si vous êtes concernée, sachez que nous pouvons en discuter ensemble”.

E. Quels éléments leur apporter de façon brève à la suite d'un dépistage positif ?

5) Quels éléments leur apporter de façon brève à la suite d'un dépistage positif ?			
Propositions	Médiane	Distribution des réponses	Conclusion
Les contacts des associations et des assistantes sociales de leur territoire (site ORVIF)	8.5	[6-9]	Accord relatif
L'importance d'un certificat médical de coups et blessure à chaque lésion	8.5	[4-9]	Absence de consensus
Le cycle de la violence et la notion d'emprise	8	[3-9]	Absence de consensus
Le numéro du 115 ou 0800225555 pour bénéficier d'un hébergement d'urgence	8	[4-9]	Absence de consensus
La nécessité de faire un sac de secours pour partir vite si besoin	8	[3-8]	Absence de consensus
Les inciter à porter plainte	7	[3-9]	Absence de consensus
Contact d'une psychologue et de l'unité de psychotrauma	8	[5-8]	Accord relatif
Evaluer l'urgence (si urgence : signaler l'obligation de faire un signalement)	8	[6-8]	Accord relatif
Si notion de rapports sans consentement : insister sur le fait qu'un rapport non consenti est un viol	7	[3-9]	Absence de consensus
Leur donner un autre rendez vous dans quelques jours	8	[7-9]	Accord fort
Autres propositions apportées : "Rappeler qu'il y a toujours la possibilité de se rendre aux urgences, d'appeler le 15", " Rappeler la nécessité de préserver les enfants de la violence conjugale", "Le numéro 3919"			
Modifications apportées :			

Une proposition a obtenu un accord fort. Il s'agit de la proposition "leur donner un autre rendez-vous quelques jours plus tard" avec une médiane à 8 et une évaluation entre 7 et 9 chez tous les experts ayant répondu. Par conséquent, cette proposition est validée d'office et ne sera pas représentée dans le deuxième tour du questionnaire.

Trois propositions ont obtenu un accord relatif, à savoir une médiane supérieure à 7 mais des propositions en dessous de 7. Le reste des propositions ont une absence de consensus, avec une médiane au-dessus de 7 mais des propositions restant inférieures à 5.

Toutes les propositions, à l'exception de "leur donner un autre rendez-vous", sont donc incluses par la suite dans le deuxième tour du questionnaire.

Certaines propositions ont été faites et se retrouveront, elles aussi, dans le deuxième tour du questionnaire : "Rappeler qu'il y a toujours la possibilité de se rendre aux urgences ou d'appeler le 15", "Rappeler la nécessité de préserver les enfants de la violence conjugale" ainsi que "Proposer d'appeler le numéro 3919".

F/ A quel moment faire le dépistage ?

Propositions	6) A quel moment faire le dépistage ?		Conclusion
	Médiane	Distribution des réponses	
Au moment où vous abordez les antécédents médicaux, chirurgicaux, tabagisme..	8	[4-9]	Absence de consensus
Si la patiente est seule	8	[5-9]	Accord relatif
Au moment de l'examen clinique	5	[1-9]	Indécision
Sans moment prédéfini, quand le praticien considère qu'il a une ouverture	8	[5-9]	Accord relatif
Au moment de l'examen gynécologique	3.5	[1-8]	Absence de consensus
Une fois par an	4.5	[1-9]	Absence de consensus
A chaque début de suivi de grossesse	8	[3-9]	Absence de consensus
Autres propositions apportées : "Lors de consultations pour des cystites-vaginites, troubles anxio dépressifs et addictions chez femmes et enfants", "Lors de tout premier contact", "Pendant l'examen clinique si le conjoint est avec la femme" "Faire le dépistage également aux hommes et aux couples homosexuels"			

Sur le moment du dépistage, aucune proposition n'a bénéficié d'un accord fort au premier tour du questionnaire. Deux propositions obtiennent un accord relatif, à savoir les propositions "Si la patiente est seule" et "Sans moment prédéfini, quand le praticien considère qu'il a une ouverture". La proposition "Au moment de l'examen clinique" témoigne d'une indécision entre les différents experts avec des évaluations entre 1 et 9.

Les autres propositions obtiennent une absence de consensus. D'autres réponses sont proposées par les experts, à savoir : "Lors de consultations pour des cystites-vaginites", "Lors de consultations pour troubles anxiodépressifs et addictions chez la femme et chez les enfants", "Lors de tout premier contact", "Pendant l'examen clinique, si le conjoint est avec la femme", et "Faire le dépistage également aux hommes et aux couples homosexuels". Toutes ces différentes réponses seront donc soumises aux experts lors du deuxième tour de cette méthode Delphi.

2. Résultats à l'issue du deuxième tour

Le deuxième tour de la méthode Delphi eut lieu entre février et mars 2021. La participation à ce tour fut de treize experts sur vingt-trois soit une participation de 56%.

Les résultats furent interprétés à l'aide des tableaux disponibles de la HAS, disponibles ci-dessous. L'interprétation des données diffère du premier tour, en permettant notamment l'élimination d'une donnée dans les extrêmes.

Tableau 2. Jugement retenu à l'issue du second tour, en fonction du nombre de cotateurs.

Proposition jugée		Valeur de la médiane	Distribution des réponses au 2 nd tour (9 à 15 cotateurs)	Distribution des réponses au 2 nd tour (16 à 30 cotateurs)
Appropriée	accord fort	≥ 7	Toutes les réponses comprises entre [7-9], sauf une, manquante ou < 7.	Toutes les réponses comprises entre [7-9], sauf deux, manquantes ou < 7.
	accord relatif	≥ 7	Toutes les réponses comprises entre [5-9], sauf une, manquante ou < 5.	Toutes les réponses comprises entre [5-9], sauf deux, manquantes ou < 5 (deux manquantes ou deux réponses < 5 ou une manquante et une réponse < 5).
Inappropriée	accord fort	≤ 3	Toutes les réponses comprises entre [1-3], sauf une, manquante ou > 3.	Toutes les réponses comprises entre [1-3], sauf deux, manquantes ou > 3.
	accord relatif	≤ 3,5	Toutes les réponses comprises entre [1-5], sauf une, manquante ou > 5.	Toutes les réponses comprises entre [1-5], sauf deux, manquantes ou > 5.
Incertaine	indécision	comprise dans [4 – 6,5]	Quelle que soit la répartition des réponses.	Quelle que soit la répartition des réponses.
	absence de consensus	≥ 7	Au moins deux valeurs < 5 ou deux manquantes (ou au moins une valeur manquante et une valeur < 5).	Au moins trois valeurs < 5 ou manquantes.
		≤ 3,5	Au moins deux valeurs > 5 ou deux manquantes (ou au moins une valeur manquante et une valeur > 5).	Au moins trois valeurs > 5 ou manquantes.

Figure 11 : Recommandations d'évaluation des propositions au second tour selon la HAS

A/ Quelle question poser à l'interrogatoire de façon systématique ?

1) Quelle question poser à l'interrogatoire de façon systématique ?

Proposition	Médiane	Distribution des réponses	Conclusion
Vous arrive-t-il d'avoir peur à la maison ?	6	[2-9]	Indécision
Comment vous sentez-vous à la maison ?	8	[1-9]	Accord fort
Subissez vous des violences que ce soit des violences physiques, psychologiques ou encore sexuelles ?	8	[1-9]	Absence de consensus
En cas de dispute, comment cela se passe à la maison ?	8	[2-9]	Absence de consensus
Comment se passent vos rapports intimes ? En cas de désaccord ?	7	[2-9]	Accord relatif
Avez-vous peur pour vos enfants ?	8	[5-9]	Accord relatif
Vivez-vous des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ?	8	[1-9]	Absence de consensus
Avez-vous déjà été agressée verbalement physiquement ou sexuellement par votre partenaire ?	8	[1-9]	Absence de consensus
Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ?	8	[1-9]	Accord relatif
Vous sentez-vous humiliée, dévalorisée ou insultée par votre partenaire ?	8	[1-9]	Absence de consensus
Votre conjoint est-il très jaloux ?	7	[3-9]	Absence de consensus
Comment cela se passe-t-il avec votre conjoint ?	7	[1-9]	Absence de consensus
Vos enfants ont-ils peur ?	6	[1-9]	Indécision

Lors de ce second tour, une proposition de question a fait la preuve d'un accord fort. Il s'agit de la proposition “Comment vous sentez-vous à la maison ?”. En revanche, malgré une distribution permettant un accord fort entre les différents experts, des remarques ont été faites. Notamment que le risque de poser des questions indirectes est de laisser libre le champ d'interprétation et d'entraîner la possibilité de s'éloigner du sujet.

Trois autres propositions ont bénéficié d'un accord, cette fois-ci relatif. Il s'agit de “Comment se passent vos rapports intimes ? En cas de désaccord ?”, “Avez-vous peur pour vos enfants ?” ou encore “Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ?”.

Les autres propositions ont fait soit l'objet d'une absence de consensus, soit d'une indécision.

B/ Quelle réponse apporteriez-vous en cas de réponse positive ?

2) Quelle réponse apporteriez vous en cas de réponse positive ?

Proposition	Médiane	Distribution des réponses	Conclusion
Dites-moi	8	[1-9]	Absence de consensus
En avez-vous déjà parlé à quelqu'un ?	7	[3-9]	Accord relatif
Avez-vous déjà entrepris une démarche ?	7	[3-9]	Absence de consensus
Connaissez-vous des personnes ou associations qui pourrait vous aider dans cette situation ?	7	[3-9]	Absence de consensus
Comment je peux vous aider ?	8	[1-9]	Absence de consensus
Avez-vous déjà pensé à vous séparer ? Qu'est ce qui fait que vous ne l'avez pas fait ?	7	[5-9]	Accord relatif
Je suis là pour vous aider par rapport à cela également. Nous pouvons nous revoir pour une consultation dédiée et voir quelles sont les solutions possibles.	7	[5-9]	Accord relatif
Depuis combien de temps subissez-vous ces violences ?	7	[2-9]	Absence de consensus
D'autres partenaires vous ont-ils infligé de la violence auparavant ?	5	[1-9]	Indécision

Lors de ce deuxième tour, sur cette question, on retrouve trois accords relatifs donnant trois possibilités de réponses : “En avez-vous déjà parlé à quelqu'un ?”, “Avez-vous déjà pensé à vous séparer ? Qu'est-ce qui fait que vous ne l'avez pas fait ?” ou encore “Je suis là pour vous aider par rapport à cela également. Nous pouvons nous revoir pour une consultation dédiée et voir quelles sont les solutions possibles”.

Les autres propositions ont fait l'objet d'une absence de consensus et la proposition : “D'autres partenaires vous ont-ils infligé de la violence auparavant ?” a fait l'objet d'une indécision.

Une remarque a été établie pour certaines propositions ayant bénéficié d'un accord relatif : le fait que la question “Avez-vous déjà pensé à vous séparer ?” puisse entraîner de la culpabilité chez la victime.

C/ Quelle réponse apporteriez-vous si la patiente vous demandait pourquoi vous lui posez la question ?

3) Quelle réponse apporteriez vous si la patiente vous demandait pourquoi vous lui posez la question ?

Proposition	Médiane	Distribution des réponses	Conclusion
Parce que je le fais de façon systématique	8	[1-9]	Absence de consensus
Quatre femmes sur dix dans ma salle d'attente subissent des violences de la part de leur conjoint ou ancien conjoint. Ces violences ont des répercussions sur leur santé. Il est donc de mon devoir de vous poser la question	6	[1-9]	Indécision
La HAS préconise le dépistage de ces violences, c'est un sujet important de santé publique	5	[1-9]	Indécision
Les violences ont des répercussions sur la santé des femmes et de leurs enfants, mon rôle est de vous aider	8	[5-9]	Accord relatif
Le médecin est le premier recours pour les femmes victimes des violences conjugales, il me semble donc important de vous poser la question	8	[2-9]	Absence de consensus
Car les violences conjugales touchent toutes les classes de la société, quelque soit le niveau social, éducatif et financier	6	[1-9]	Indécision
Je le fais de façon systématique pour pouvoir dépister des femmes en danger et qui ont besoin d'aide. La plupart n'en parleront pas spontanément	5	[2-9]	Indécision
Parce que c'est une information importante à avoir pour le professionnel qui doit vous apporter une aide adaptée à vos besoins	5	[2-9]	Indécision
Désirez-vous des informations sur les violences conjugales ?	5	[1-9]	Indécision

Une seule proposition a été sujette à un accord relatif. Il s'agit de la proposition “Les violences ont des répercussions sur la santé des femmes et de leurs enfants, mon rôle est de vous aider”.

La majorité des autres propositions ont été source d'indécision et deux propositions n'ont pas obtenu de consensus.

D/ Quelle réponse apporteriez-vous en cas de réponse négative?

4) Quelle réponse apporteriez-vous en cas de réponse négative ?

Proposition	Médiane	Distribution des réponses	Conclusion
"D'accord" puis passage à un autre sujet	4	[1-7]	Indécision
"Si jamais cela vous arrive, je suis là"	8	[5-9]	Accord relatif
"Si vous connaissez des femmes dans votre entourage qui subissent ce genre de violence, elles peuvent venir m'en parler"	6	[1-9]	Indécision
"Si vous connaissez des femmes dans votre entourage qui subissent ce genre de violence, je peux vous donner des contacts"	6	[1-9]	Indécision
Si non et suspicion de violences : aborder le cycle de la violence	8	[2-9]	Absence de consensus
Si non et suspicion de violences : Redéfinir différents types de violences+/- violentomètre	8	[2-9]	Absence de consensus
Il est parfois difficile de parler de ces choses là mais si vous êtes concernée sachez que nous pouvons en discuter ensemble	9	[4-9]	Accord relatif

Deux propositions ont obtenu un accord relatif de la part des experts : "Si jamais cela vous arrive, je suis là" ainsi que "Il est parfois difficile de parler de ces choses-là mais si vous êtes concernée, sachez que nous pouvons en discuter ensemble".

Trois propositions ont été sources d'indécision : "D'accord, puis passage à un autre sujet", "Si vous connaissez des femmes dans votre entourage qui subissent ce genre de violence, elles peuvent venir m'en parler", "Si vous connaissez des femmes dans votre entourage qui subissent ce genre de violence, je peux vous donner des contacts".

E/ Quels éléments apporter à la suite d'un dépistage positif ?

5) Quels éléments leur apporter de façon brève à la suite d'un dépistage positif ?

Proposition	Médiane	Distribution des réponses	Conclusion
Les contacts des associations et des assistantes sociales de leur territoire (site ORVIFF)	8	[6-9]	Accord relatif
L'importance d'un certificat médical de coups et blessure à chaque lésion	8	[5-9]	Accord fort
Le cycle de la violence et la notion d'emprise	8	[4-9]	Accord relatif
Le numéro du 115 ou 0800225555 pour bénéficier d'un hébergement d'urgence	8	[1-9]	Accord relatif
Le numéro 3919 afin de pouvoir en parler	8	[1-9]	Absence de consensus
La nécessité de faire un sac de secours pour partir vite si besoin	8	[1-9]	Absence de consensus
Les inciter à porter plainte	6	[2-9]	Indécision
Contact d'une psychologue et de l'unité de psychotrauma	8	[1-9]	Accord relatif
Evaluer l'urgence (si urgence : signaler l'obligation de faire un signalement)	8	[1-9]	Accord fort
Si notion de rapports sans consentement : insister sur le fait qu'un rapport non consenti est un viol	8	[5-9]	Accord relatif
Rappeler qu'il y a toujours la possibilité de se rendre aux urgences ou d'appeler le 15	8	[4-9]	Accord relatif
La nécessité de préserver les enfants de la violence conjugale	8	[4-9]	Accord relatif

A la suite de cette question, deux propositions ont obtenu un accord fort de la part des experts. Il s'agit de faire préciser “L'importance d'un certificat médical de coups et blessures pour chaque lésion”, ainsi que “Evaluer l'urgence (si urgence : signaler l'obligation de faire un signalement)”.

La majorité des autres propositions ont été sujettes à un accord relatif : “Les contacts des associations et des assistantes sociales de leur territoire (site ORVIFF)”, “Le cycle de la violence et la notion d'emprise”, “Le numéro du 115 ou du 0800225555 pour bénéficier d'un hébergement d'urgence”, “Contact d'une psychologue de l'unité de psychotraumatologie”, “Si notion de rapports sans consentement : insister sur le fait qu'un rapport non consenti est un viol”, “Rappeler qu'il y a toujours la possibilité de se rendre aux urgences ou d'appeler le 15”, “La nécessité de préserver les enfants de la violence conjugale”.

Un expert a fait remarquer que le fait de donner les contacts des associations ainsi que des psychologues serait plutôt à faire dans un second temps afin d'éviter que la patiente ne se sente “abandonnée” par le médecin.

F/ A quel moment faire le dépistage ?

6) A quel moment faire le dépistage ?

Proposition	Médiane	Distribution des réponses	Conclusion
Au moment où vous abordez les antécédents médicaux, chirurgicaux, tabagisme..	8	[2-9]	Accord relatif
Si la patiente est seule	8	[4-9]	Accord fort
Au moment de l'examen clinique	5	[1-9]	Indécision
Sans moment prédéfini, quand le praticien considère qu'il a une ouverture	8	[2-9]	Accord relatif
Lors d'une consultation à visée gynécologique	5	[1-9]	Indécision
Une fois par an	7	[1-9]	Absence de consensus
A chaque début de suivi de grossesse	7	[1-9]	Absence de consensus
Lors de tout premier contact avec une personne qui consulte	8	[1-9]	Accord relatif
Lors de consultations pour des cystites-vaginites, troubles anxio dépressifs et addictions chez femmes et enfants	8	[2-9]	Accord relatif
Faire le dépistage également pour les hommes et pour les relations homosexuelles	9	[7-9]	Accord fort
Pendant l'examen clinique si le conjoint est avec la femme	5	[1-9]	Indécision

Les propositions “Si la patiente est seule” et “Faire le dépistage également pour les hommes et pour les relations homosexuelles” ont obtenu un accord fort de la part des experts lors de ce second tour.

Les propositions “Au moment où vous abordez les antécédents médicaux, chirurgicaux, tabagisme...”, “Sans moment prédéfini, quand le praticien considère qu'il a une ouverture”, “Lors du tout premier contact avec une personne qui consulte”, “Lors de consultations pour des cystites, vaginites, troubles anxiodépressifs et addictions chez femmes et enfants” ont toutes obtenu des accords relatifs.

Les autres propositions ont entraîné une indécision ou une absence de consensus.

Les remarques établies par les experts concernent principalement la proposition “Pendant l'examen clinique si le conjoint est avec la femme”. Elles établissent, tout d'abord, que faire le dépistage en présence du conjoint est dangereux pour la victime, mais également que faire le dépistage pendant l'examen clinique est inadéquat dès lors qu'il rajoute de la fragilité à la victime, à un moment où elle est déjà plus vulnérable.

3. Elaboration du prototype

Le prototype fut réalisé à partir des réponses obtenues. Les accords forts ont été systématiquement introduits dans le prototype avec les accords relatifs.

Pour la première question de dépistage, l'accord fort a été retenu et assemblé avec une des trois propositions ayant eu un accord relatif. La proposition "Avez-vous déjà eu peur de votre partenaire ?" a été préférée aux deux autres car :

- La médiane était supérieure à celle de la proposition "Comment se passent vos rapports intimes ?"
- Elle apparaissait comme plus directe et comme plus précise que la proposition " Avez-vous peur pour vos enfants ?", et semblait donc plus adéquate pour un dépistage sur les violences conjugales.

Le reste des accords forts et relatifs ont été intégrés au dépistage. Certains éléments ont été, en fonction des différentes remarques des experts, proposés plutôt lors d'une consultation dédiée aux violences, afin de garder le principe de l'intervention brève et afin que le dépistage ne soit pas trop chronophage.

« Comment vous sentez-vous à la maison ? »
« Vous est-il arrivé d'avoir peur de votre partenaire ? »

« Oui »

« En avez-vous déjà parlé à quelqu'un ? »
Ou
- « Avez-vous déjà pensé à vous séparer ? Qu'est-ce qui fait que vous ne l'avez pas fait ? »

« Pourquoi me posez-vous cette question ? »

« Les violences ont des répercussions sur la santé des femmes et de leurs enfants, mon rôle est de vous aider »
Ou
« Le médecin est le premier recours pour les femmes victimes de violences conjugales, il me semble donc important de vous poser la question »

« Non »

« Si jamais cela vous arrive, je suis là »
Ou
« Il est parfois difficile de parler de ces choses-là, mais si vous êtes concernée, sachez que nous pouvons en discuter ensemble »

Conduite à tenir :

- Evaluer l'urgence (avec signalement à faire si situation urgente)
- Rappeler l'importance d'un certificat de coups et blessures à chaque lésion
- Rappeler la possibilité de se rendre aux urgences ou de faire le 15 en cas d'urgence
- Donner le numéro du 115 et du 0800225555 pour bénéficier d'un hébergement d'urgence

« Je suis là pour vous aider par rapport à cela également. Nous pouvons nous revoir pour une consultation dédiée et voir quelles sont les solutions possibles. »

et

Donner un nouveau rendez-vous quelques jours plus tard

Notions à aborder à la consultation dédiée :

- . Contact des associations et des assistantes sociales de leurs territoires (site ORVIF)
- . Le cycle de la violence et la notion d'emprise
- . Contact d'une psychologue et de l'unité de psycho-traumatologie
- . Si notion de rapports sexuels sans consentements : insister sur le fait qu'un rapport non consenti est un viol
- . La nécessité de préserver les enfants des violences conjugales

Proposition de dépistage des violences conjugales

A qui ?

- . Aux femmes consultant seules
- . Aux couples homosexuels
- . Aux hommes

Quand ?

- . Lors de tout premier contact avec une personne qui consulte.
 - . Au moment des antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux, tabagisme...
 - . Lors de consultations pour des cystites- vaginites, troubles anxiodépressifs et addictions chez femmes et enfants.
- et/ou** à n'importe quel moment quand le praticien considère qu'il a une ouverture.



IV. Discussion

1. Résultats et implications de l'étude

Ce consensus d'experts a permis l'élaboration d'un RPIB reproductible et peu chronophage en consultation de médecine de premier recours.

Il permet de définir, en fonction de la réponse au dépistage, une conduite à tenir pouvant aider les futurs acteurs d'un dépistage systématisé à toutes les femmes.

Aborder le sujet des violences conjugales en consultation, c'est ouvrir une porte pour les patientes qui en sont victimes. Cette porte ne sera peut-être pas franchie tout de suite, mais il est important que les victimes de violences conjugales se sentent écoutées et prises en charge.

De plus, on sait que les femmes victimes de violences conjugales sont plus à même de ressentir des difficultés de communication avec les médecins (90) : d'après une étude, elles se sentent en effet moins écoutées et plus mal soignées que les femmes ne subissant pas de violences domestiques. C'est une des raisons pour lesquelles il semble primordial de faire ce dépistage.

- Population de l'étude

La population des experts ayant participé à la confection de ce prototype est confrontée à une population réunionnaise, dès lors qu'elle exerce son activité professionnelle à la Réunion.

Aussi, même si ce prototype semble également utilisable en dehors de ce territoire, en s'appuyant sur les différents acteurs locaux comme ressources, il serait important d'évaluer ce prototype de dépistage dans une étude ou un nouveau travail de thèse (que ce soit sur le sol réunionnais ou sur le sol métropolitain).

- Dépistage des hommes ?

Il est à noter que le dépistage des hommes, qu'ils soient dans une relation homosexuelle ou hétérosexuelle, a été majoritairement recommandé par les experts ayant participé à l'étude. Il serait intéressant de réaliser plusieurs études d'acceptabilité du dépistage dans cette population afin d'aboutir à des recommandations à ce sujet.

Pour le moment, certains questionnaires validés dans leur version anglaise sont utilisables chez les hommes. C'est le cas du questionnaire HITS qui est, quant à lui, utilisé autant chez les femmes que chez les hommes (avec un score de 10 chez la femme et un score de 11 chez l'homme) (73). Il n'a pas encore été validé dans sa version française.

Il existe également un questionnaire américain *Radar for Men* permettant de dépister les hommes, qu'ils soient victimes ou agresseurs. Ce questionnaire n'a également pas été validé pour le moment. Une étude, utilisant ce questionnaire pour dépister les agresseurs et les victimes, montre que les hommes ont tendance à sous-évaluer les violences à l'interrogatoire par rapport à un questionnaire anonyme, ce qui peut amener à se questionner sur l'intérêt d'un dépistage à l'interrogatoire (93). Toutefois, une évaluation de ce RPIB serait également intéressante à réaliser sur cette population, peut-être en évaluant l'acceptabilité de celui-ci dans le même temps.

Les violences conjugales chez les hommes ont été très peu étudiées dans la littérature scientifique, contrairement aux actes de violences sur les femmes. Un travail de thèse (91) a été réalisé en comparant les différents certificats de coups et blessures chez les hommes victimes de violences conjugales par rapport à ceux des femmes victimes. Il semblerait que ces violences diffèrent sur le type lésionnel (prédominance de blessures superficielles à type de griffures, morsures et utilisation d'objets chez l'homme victime, et prédominance de coups de poing, de coups de pied, de bousculades, d'empoignades, de strangulations et de gifles chez la femme victime), mais très peu sur le recours aux soins et sur le délai de recours.

Cette étude, comporte néanmoins un biais de sélection, puisqu'elle sélectionne les patients ayant consulté l'Unité de Médecine Légale sur la présence d'un certificat de coups et blessures. Elle sélectionne donc par ce fait, les victimes de violences physiques en omettant les victimes de violences psychologiques et verbales. Or, d'après l'étude VIRAGE (92), les hommes seraient majoritairement victimes de violence psychologique (1,3 % d'entre eux, par rapport aux violences physiques qui représentent 0,2%).

2. Points forts de l'étude

Originalité du travail

Il n'existe pas, à ma connaissance, de travail sur l'élaboration d'un RPIB pour un dépistage des violences conjugales en soins primaires.

Des questionnaires existent toutefois, mais principalement dans leurs versions anglaises (93). Un d'entre eux, le WAST (74), a été validé en français en 2021. Il consiste en huit questions et bénéficie d'une bonne sensibilité (97,7%) et une bonne spécificité (97.1%).

Un autre questionnaire fut réalisé lors d'un travail de thèse (94) du Dr Coy Christel, appelé "RICCPS". Il comporte cinq questions et n'a pour le moment pas été validé scientifiquement. Il a été rédigé à l'aide de certaines questions de questionnaires validées en version anglaise.

Ces deux travaux ont, comme la question de dépistage du RPIB, la notion de peur comme entrée en matière. Dans le WAST on retrouve la question : "Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?" et dans le RICCPS la question : "Vous arrive-t-il d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait ?". Ces propositions se rapprochent de la proposition du dépistage "Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ?" obtenue lors de l'élaboration du RPIB par consensus des différents experts dans cette étude. D'ailleurs, la question "In the past year, have you been afraid of a partner?" fait partie de plusieurs questionnaires anglophones de dépistage aux Etats Unis (à savoir le "Parent Screening Questionnaire", le "Humiliation, Afraid, Rape, Kick ", le "Ongoing Abuse Screen", et le "Abuse Assessment Screen"(95). Cela peut nous laisser penser que cette question de dépistage est particulièrement adaptée. En effet, la notion de peur de la part de la victime semble propice à la révélation des violences physiques et sexuelles mais également de violence psychologique.

Toutefois, ces questionnaires permettent le dépistage des violences mais ne proposent pas de conduite à tenir par la suite, à la différence d'un RPIB. De plus, celui-ci peut être considéré comme plus adapté pour la population réunionnaise étant élaboré par des experts travaillant sur l'île.

Reproductibilité et approche globale

La conduite à tenir sur le plan communicationnel à l'aide de ce RPIB peut permettre à des médecins généralistes ou à d'autres praticiens de poser la question des violences à l'interrogatoire. Elle apparaît comme reproductible et semble très peu chronophage, mais nécessite par la suite un suivi rapproché ainsi qu'un adressage à différents professionnels pour une aide sociale, judiciaire et psychologique.

La pluralité des activités professionnelles des experts a permis d'avoir un regard global sur la prise en charge de la victime et sur la façon d'aborder ce thème. En effet, onze experts permettaient d'avoir une vision médicale du sujet (médecins généralistes, urgentistes, psychiatre et gynécologues), deux experts ont permis une vision juridique et légale (médecin légiste et avocat) et le reste des experts a permis d'avoir une vision psycho-sociale sur le déroulement d'un interrogatoire lors de divulgation de violences à la maison.

Avantages de la méthode Delphi

La méthode Delphi permet, comparativement aux autres méthodes de consensus (à savoir RAND/UCLA ou du groupe nominal d'éviter l'effet de halo (à savoir l'influence d'une proposition par rapport à une autre en fonction de la personne qui la soumet) puisqu'elle présente l'avantage d'être anonymisée.

L'anonymisation fut respectée dans cette étude. En effet, bien que la sphère des professionnels travaillant sur le thème des violences conjugales est restreinte à la Réunion, et bien que le recrutement s'est majoritairement fait par effet "boule de neige", le questionnaire fut envoyé et réceptionné de manière anonyme. Ceci a permis l'anonymisation des réponses des experts les uns par rapport aux autres et par rapport à l'investigateur principal.

3. Points faibles de l'étude

Absence de femmes victimes dans la population

Il aurait été intéressant de questionner également les femmes ayant vécu des violences conjugales sur leur façon de concevoir le dépistage en médecine générale. Elles auraient pu nous apporter des éléments différents et pertinents sur la façon dont elles auraient aimé se faire dépister par leurs médecins généralistes. Elles n'ont pas été incluses dans le pool d'experts, devant la nécessité de demander une autorisation au Comité de Protection des Personnes (à ce moment-là saturé par les demandes d'études relatives au Covid). Cette demande, bien qu'intéressante, aurait considérablement allongé la période d'attente avant la réalisation de ce travail.

Modification de la méthode Delphi

La méthode Delphi a été intentionnellement modifiée afin de pouvoir intégrer au questionnaire initial différentes propositions faites par les experts. Cette modification diminue l'exactitude scientifique de la méthode mais nous semblait importante devant la possibilité d'avoir des propositions pertinentes provenant des différents participants à l'étude.

Les nouvelles propositions intégrées étaient en revanche elles aussi soumises à l'évaluation des experts.

Faible participation des experts

Le taux de réponse des experts fut au premier et au second tour respectivement de 63 % et 56 %. Il y a donc eu une abstention assez importante. Ce faible taux de participation fait perdre de la puissance à l'étude. Cependant, les études réalisées en méthode Delphi ont souvent un nombre d'experts entre 10 et 15 (87), ce qui reste le cas dans ce travail. La faible participation des experts a probablement permis d'obtenir un certain nombre d'accord rapidement (soit dès le deuxième tour).

4. Ouverture et axes d'amélioration

Les freins des médecins généralistes ont été étudiés au fil des années. Ils démontrent que ces freins résident dans le manque de sensibilisation des médecins au dépistage des violences, le manque de temps, le manque d'outils, un sentiment d'inconfort et d'intrusion dans la vie de la patiente, la crainte de représailles de la part des agresseurs, un manque de formation ainsi que par méconnaissance des différentes filières de prise en charge (80,83–85,96).

Le prototype élaboré dans cette étude pourrait permettre de pallier le manque de temps et le manque d'outils mis à disposition. Un travail supplémentaire pourrait permettre d'évaluer la durée de cette intervention brève pendant un temps de consultation afin de rassurer les médecins qui ont une affluence importante dans leur cabinet.

L'adressage en cas de dépistage apparaît d'autant plus important qu'il n'existe pour le moment que très peu de formations sur le dépistage des violences conjugales. En effet, sur le plan de la formation initiale, ce sujet n'est pas au programme des ECN (bien que l'item 183 : Accueil d'un sujet victime de violence sexuelle, créé en 2010, permet d'avoir quelques notions de victimologie). Sur le plan de la formation continue, quelques formations de Développement Professionnel Continu (DPC) proposent des thématiques sur les violences conjugales sur le territoire métropolitain.

A ma connaissance, aucun organisme de DPC ne propose des formations à ce sujet pour les médecins généralistes sur l'île de la Réunion. En revanche, le sujet est souvent retrouvé à l'affiche de nombreux congrès, comme par exemple le 2ème congrès francophone de médecine générale de l'Océan Indien. (A noter le prochain congrès du Centre de Ressource pour les Auteurs de Violences Sexuelles (CRAVS) de l'Océan Indien aura comme thématique "Famille et Violence" et se déroulera le 3 et 4 septembre 2021).

Sur le plan de la formation initiale, il me paraîtrait pertinent de familiariser l'étudiant à ce sujet dès le deuxième cycle des études médicales avec un item de l'ECN dédié à ce sujet. Par la suite, inclure le dépistage et la prise en charge en cas de violences conjugales pourrait être un axe à développer lors des enseignements transversaux du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale, afin de permettre aux futurs médecins généralistes de se familiariser avec ce sujet si tabou.

Concernant la formation continue, l'organisation de FMC permettrait aux médecins généralistes déjà installés de se former sur le sujet en réunissant les différents acteurs locaux afin de faire connaître le réseau des Violences intra-familiales (VIF) qui est important sur notre île.

Sur le plan de la peur de l'intrusion dans la vie privée de la patiente, il paraît pertinent de rappeler que les études sur le dépistage obtiennent une acceptabilité entre 80 % et 91.25 % en fonction des régions (66–70).

Aux Etats-Unis (97), le programme Medicaid permet un remboursement intégral de la consultation sans franchise pour les femmes dont le médecin a fait un dépistage et une intervention brève pendant la consultation.

Afin d'encourager le dépistage des violences conjugales, on pourrait envisager en France un système comparable, avec une cotation spécifique et la réalisation du tiers payant pour une consultation qui s'est avérée chronophage suite à un dépistage des violences conjugales (sur le modèle des consultations complexes et très complexes).

V. Conclusion

Les violences intra-familiales sont particulièrement présentes sur l'île de la Réunion et concernent tous les milieux. La dernière étude épidémiologique, réalisée en 2018 (4), montre que ce phénomène reste trop fréquent avec une prévalence supérieure à celle de la métropole. En effet, cette thèse rappelle ces statistiques alarmantes : les violences toucheraient plus d'une femme sur dix à la Réunion.

Le rôle du médecin généraliste fut en premier lieu décrit dans le rapport Henrion (60) et rappelé dans un second temps dans les recommandations de la HAS sur les violences de genre (62). Ce rôle repose en partie sur le dépistage de ce phénomène.

Ce travail de thèse de médecine a donc amené, grâce à une méthode de consensus d'experts travaillant dans ce domaine sur l'île de la Réunion, à une réflexion sur la façon d'aborder ce sujet en consultation. En effet, malgré un intérêt grandissant dans les médias et dans les différentes mesures politiques, le constat reste le suivant : ce sujet demeure tabou pour de nombreux de médecins qui n'osent pas toujours aborder ce sujet avec leurs patientes.

Aussi, ce travail a permis l'élaboration d'un prototype de dépistage des violences conjugales, utilisable en consultation. Ce dernier est à destination des différents praticiens qui voudront intégrer le dépistage de ces violences dans leur pratique.

Il apparaît comme reproductible et particulièrement adapté à la population réunionnaise, puisqu'il a été élaboré par un panel de professionnels travaillant dans le domaine des violences intra-familiales sur l'île.

Ce dépistage sera à évaluer dans un second temps afin de vérifier l'acceptabilité de celui-ci auprès des professionnels de santé et auprès des patientes. En effet, il semble important d'évaluer cet outil auprès de ces deux populations afin d'en mesurer l'efficacité.

Il pourrait également être proposé chez les hommes et permettrait d'évaluer l'incidence de ce phénomène décrit comme très tabou.

La multiplication de ces moyens de dépistage pourrait permettre par la suite une prise de conscience et une meilleure prise en charge de ces violences. Par ailleurs, ce travail de thèse met en exergue la nécessité de formations à destination des praticiens, pour une meilleure connaissance des réseaux disponibles sur l'île ainsi que des possibilités de prise en charge.

Annexes

1. Annexe 1 : Modèle de certificat médical initial type disponible (modèle HAS)

Modèle de certificat médical initial sur demande spontanée de la victime

**Ce certificat doit être remis à la victime uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé,**

**et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).
Un double doit être conservé par le médecin signataire.**

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

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

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____¹, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,

en présence de son représentant légal³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Il/Elle déclare⁴ « avoir été victime d'une agression _____, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) _____ ».

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

Des examens complémentaires (_____)⁵ ont été prescrits et ont révélé _____⁶.

Un avis spécialisé complémentaire (_____)⁷ a été sollicité et a révélé _____⁸.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi⁹.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »¹⁰.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications¹¹.

Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____², à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹ et remis en main propre.

Signature¹² et cachet
d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.

Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

⁵ Mentionner les examens complémentaires réalisés.

⁶ Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.

⁷ Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.

⁸ Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.

⁹ À mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.

¹⁰ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

¹¹ La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer.

¹² Signature à la main obligatoire.

Annexe 2 : Fiche de liaison du réseau Ouest (travail de thèse du Dr Blottiaux)

"Créer du lien contre les violences conjugales"

**Île de la Réunion
Réseau Ouest**

Numéros d'urgence

SAMU : 15
Pour sourds/malentendants (SMS) : 114
POLICE ou GENDARMERIE : 17
POMPIERS : 18
Mise à l'abri- Hébergement d'Urgence : 115
Allô Enfance en Danger : 119
Lutte contre la maltraitance Alma (personnes âgées et personnes handicapés) : 3977 / 0262 41 53 48

Numéros d'écoute et d'aides à transmettre aux victimes

Violences Femmes Info : 3919
Aide aux Victimes – France Victimes : 116 006

Hôpital : CHOR Saint Paul

Urgences adultes : 0262 45 30 30 (poste sénior urgences)
Urgences pédiatriques : 0262 45 30 30 (poste pédiatre de garde)
Urgences psychiatriques (Cap Ouest) : 0262 74 20 00
Médecine légale : 0262 90 57 40
Victimologie pédiatrique : 0262 90 57 02

Contacter une assistante sociale (en gendarmerie ou commissariat)

Secteur Le Port, La Possession, St-Paul centre, St-Cilles :
Mr MAILLOT Johny 0693 22 68 04

Secteur Bois de Nèfles, Plateau Caillou, La Saline, Les Trois-Bassins, St-Leu : Mme RICHAND Laurence
0262 57 93 48 / 0692 64 68 11

Réaliser un signalement

Contact procureur ou magistrat de permanence
Tel : accessible via le 17 Mail :
Enfants : Centralisation et recueil des informations préoccupantes (CRIP)
Tel : 0262 90 39 70 Mail : crip.dfe@cg974.fr
Cellule d'informations préoccupante pour personne âgée et personnes handicapées (CIPP-APH)
Tel : 0262 Mail : celluleIPPAPH@cg974.fr

Aides juridiques, psychologiques et juridictionnelles aux victimes (ARAJUFA)

Antennes par secteur
- La Possession : 0262 32 75 82
- Le Port : 0262 71 22 27
- Saint Paul : 0262 45 42 98
- Plateau Caillou : 0262 45 81 98
- La Saline les Hauts : 0262 33 77 45
- Saint Leu : 0262 34 70 85
Mail : arajufa@wanadoo.fr
Bureau d'aides aux victimes au tribunal judiciaire Sud :
0262 96 10 10 / 02 62 96 10 18

Associations d'aides aux victimes - Lieux d'accueil, écoute et orientation (LAEO)

Planning Familial AD 974 : 0262 25 40 15 / 0692 47 08 70 / 0692 77 46 12
Union des Femmes Réunionnaises (UFR) : 0262 45 57 07
Réseau Violences Intrafamiliales (VIF) (évaluation des situations de potentiels danger) : 0262 96 04 24
Association Les Iris : 06 93 40 21 97

Autres informations utiles sur sites internet

« Arrêtons les violences » sur <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
Plateforme avec fiches d'aide à la prise en charge des violences conjugales : <http://decliviolence.fr/index.html>
Observatoire Réunionnais des Violences Faites aux Femmes (ORVIF) : <http://www.orviff.re/fr/1/accueil.html>

3. Annexe 3 : Fiche de liaison du secteur Sud (travail de thèse du Dr Blottiaux)

"Créer du lien contre les violences conjugales"

**Île de la Réunion
Réseau Sud**

Numéros d'urgence

SAMU : 15
Pour sourds/malentendants (SMS) : 114
POLICE ou GENDARMERIE : 17
POMPIERS : 18
Mise à l'abri- Hébergement d'Urgence : 115
Allô Enfance en Danger : 119
Lutte contre la maltraitance Alma (personnes âgées et personnes handicapés) : 3977 / 0262 41 53 48

Numéros d'écoute et d'aides à transmettre aux victimes

Violences Femmes Info : 3919
Aide aux Victimes – France Victimes : 116 006

Hôpital : CHU de la Réunion (Site Sud)

Urgences adultes : 0262 35 90 00 (poste sénior urgences)
Urgences pédiatriques : 0262 35 90 00 (poste pédiatre de garde)
Urgences psychiatriques (CAUMP) : 0262 71 98 94
Médecine légale : 0262 90 57 40
Victimologie pédiatrique : 0262 90 57 02

Contacteur une assistante sociale (en gendarmerie ou commissariat)

Secteur Le Tampon, La Plaine des Cafres, St-Joseph, Petite-Île, St-Philippe, Entre-Deux :
Mme GOURDON Anny Claude
0262 91 19 88 / 0692 64 68 83

Secteur Les Avirons, L'Étang-Salé, Cilaos, St-Louis, St-Pierre :
Mme K/BIDI Catherine 0262 35 72 50

Réaliser un signalement

Contact procureur ou magistrat de permanence
Tel : accessible via le 17 Mail :
Enfants : Centralisation et recueil des informations préoccupantes (CRIP)
Tel : 0262 90 39 70 Mail : crip.dfe@cg974.fr
Cellule d'informations préoccupante pour personne âgée et personnes handicapées (CIPP-APH)
Tel : 0262 Mail : celluleIPPAPH@cg974.fr

Aides juridiques, psychologiques et juridictionnelles aux victimes (ARAJUFA)

Antennes par secteur
- Etang Salé : 0262 26 57 15
- Saint Louis : 0262 91 14 09
- Saint Pierre : 0262 91 84 92 / 02 62 25 12 83
- Saint Joseph : 0262 56 18 56
- Bois d'Olive : 0262 96 64 91
- Tampon : 0262 57 31 26
- Cilaos : 0262 31 89 89
Mail : arajufa@wanadoo.fr
Bureau d'aides aux victimes au tribunal judiciaire Sud :
0262 96 10 10 / 02 62 96 10 18

Associations d'aides aux victimes - Lieux d'accueil, écoute et orientation (LAEO)

Planning Familial AD 974 : 0262 25 40 15 / 0692 47 08 70 / 0692 77 46 12
Femmes des Hauts, Femmes d'Outre-mer (accueil de jour) : 0262 57 88 21 / 0692 01 20 86 / 0692 06 53 53
Association de femmes et enfants victimes de violences (AFEV) : 06 92 61 58 29
Réseau Violences Intrafamiliales (VIF) (évaluation des situations de potentiels danger) : 0262 96 04 24

Autres informations utiles sur sites internet

« Arrêtons les violences » sur <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
Plateforme avec fiches d'aide à la prise en charge des violences conjugales : <http://decliviolence.fr/index.html>
Observatoire Réunionnais des Violences Faites aux Femmes (ORVIFF) : <http://www.orviff.re/fr/1/accueil.html>

4. Annexe 4 : Fiche de liaison du secteur Est (travail de thèse du Dr Blottiaux)

"Créer du lien contre les violences conjugales"

Île de la Réunion
Réseau Est

Numéros d'urgence

SAMU : 15
Pour sourds/malentendants (SMS) : 114
POLICE ou GENDARMERIE : 17
POMPIERS : 18
Mise à l'abri- Hébergement d'urgence : 115
Allô Enfance en Danger : 119
Lutte contre la maltraitance Alma (personnes âgées et personnes handicapés) : 3977 / 0262 41 53 48

Numéros d'écoute et d'aides à transmettre aux victimes

Violences Femmes Info : 3919
Aide aux Victimes – France Victimes : 116 006

Hôpital : GHER St Benoît

Urgences adultes : 0262 98 88 88
Urgences pédiatriques : 0262 98 83 65
Urgences psychiatriques (Cap Nord) : 0262 90 65 34
Médecine légale : 0262 90 57 40
Victimologie pédiatrique : 0262 90 57 02

Réaliser un signalement

Contact procureur ou magistrat de permanence
Tel : accessible via le 17 Mail :
Enfants : Centralisation et recueil des informations préoccupantes (CRIP)
Tel : 0262 90 39 70 Mail : crip.dfe@cg974.fr
Cellule d'informations préoccupante pour personne âgée et personnes handicapées (CIPP-APH)
Tel : 0262 Mail : celluleIPPAPH@cg974.fr

Contacter une assistante sociale (en gendarmerie ou commissariat)

Secteur St André, Salazie : Mme HOARAU-MOLLY Sandra
0262 58 59 17 / 0692 88 33 60

Secteur Bras-Panon, St-Benoît, Ste-Rose, Plaine des Palmistes : Mme LUCAS Véronique
0262 50 33 82 / 0692 76 18 54

Aides juridiques, psychologiques et juridictionnelles aux victimes (ARAJUFA)

Antennes par secteur
- St Denis : 0262 21 45 94
- St André : 0262 58 11 91
- Bras Panon : 0262 58 55 59
- Saint Benoît : 0262 50 15 42
Mail : arajufa@wanadoo.fr
Bureau d'aides aux victimes au tribunal judiciaire Nord:
0262 40 23 45 / 02 62 40 22 20

Associations d'aides aux victimes - Lieux d'accueil, écoute et orientation (LAEO)

Association des maisons de la Famille de la Réunion (AMAFAR-EPE) : 06 93 10 69 37
Association féminine de l'EST contre tristesse tyrannie traumatisme (AFECT) : 0692 61 76 59
Femmes Solid'Air ! : 0692 23 32 23 / 0692 36 53 91 / 0692 26 53 52
Réseau Violences Intrafamiliales (VIF) (évaluation des situations de potentiels danger) : 0262 96 04 24

Autres informations utiles sur sites internet

« Arrêtons les violences » sur <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
Plateforme avec fiches d'aide à la prise en charge des violences conjugales : <http://declicviolence.fr/index.html>
Observatoire Réunionnais des Violences Faites aux Femmes (ORVIF) : <http://www.orviff.re/fr/1/accueil.html>

5. Annexe 5 : Fiche de liaison du secteur Nord (travail de thèse du Dr Blottiaux)

"Créer du lien contre les violences conjugales"

**Île de la Réunion
Réseau Nord**

Numéros d'urgence

S&MU : 15
Pour sourds/malentendants (SMS) : 114
POUCE ou GENDARMERIE : 17
POMPIERS : 18
Mise à l'abri- Hébergement d'Urgence : 115
Aloï Enfance en Danger : 119
Lutte contre la maltraitance Alma (personnes âgées et personnes handicapés) : 3977 / 0262 41 53 48

Numéros d'écoute et d'aides à transmettre aux victimes

Violences Femmes Info : 3919
Aide aux Victimes – France Victimes : 116 006

Hôpital : CHU de la Réunion (Site Nord)

Urgences adultes : 0262 90 57 35
Urgences pédiatriques : 0262 90 51 90
Urgences psychiatriques (Cap Nord) : 0262 90 65 34
Médecine légale : 0262 90 57 40
Victimologie pédiatrique : 0262 90 57 02

Contactez une assistante sociale (en gendarmerie ou commissariat)

Secteur St Denis : Mme RICHER Isabelle
0262 90 75 73 / 0692 55 78 02

Secteur Ste Marie, Ste Suzanne :
N° Gendarmerie : 0262 53 40 01 / 0262 52 30 07

Réaliser un signalement

Contact procureur ou magistrat de permanence
Tel : accessible via le 17 Mail :
Enfants : Centralisation et recueil des informations préoccupantes (CRIP)
Tel : 0262 90 39 70 Mail : crip.dfe@cg974.fr
Cellule d'informations préoccupante pour personne âgée et personnes handicapées (CIPP-APH)
Tel : 0262 Mail : celluleIPPAPH@cg974.fr

Aides juridiques, psychologiques et juridictionnelles aux victimes (ARAJUFA)

Antennes par secteur
- St Denis : 0262 21 45 94
- Ste Marie : 0262 72 10 14
- Chaudron : 0262 48 99 51
- Sainte Suzanne : 0262 52 35 23
Mail : arajufa@wanadoo.fr
Bureau d'aides aux victimes au tribunal judiciaire Nord:
0262 40 23 45 / 02 62 40 22 20

Associations d'aides aux victimes - Lieux d'accueil, écoute et orientation (LAEO)

Association des maisons de la Famille de la Réunion (AMAFAR-EPE) (accueil de jour) : 0262 30 53 30 / 0262 30 65 95
Antenne Réunionnaise de l'Institut de victimologie (ARIV) : 0262 19 07 56 / 0692 61 08 88
Collectif pour l'élimination des Violences intrafamiliales (CEVIF) : 0262 41 80 80 / 0692 14 58 45
Réseau Violences Intrafamiliales (VIF) (évaluation des situations de potentiels danger) : 0262 96 04 24
Association Osons Ré-agir : 06 93 91 05 29

Autres informations utiles sur sites internet

« Arrêtons les violences » sur <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
Plateforme avec fiches d'aide à la prise en charge des violences conjugales : <http://decliviolence.fr/index.html>
Observatoire Réunionnais des Violences Faites aux Femmes (ORVIF) : <http://www.orviff.re/fr/1/accueil.html>

6. Annexe 6 : Modèle de signalement

SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE CONCERNANT UN MAJEUR VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES DANS LE CADRE DU 3° DE L'ARTICLE 226-14 DU CODE PÉNAL

L'article 226-13 du code pénal n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime **en conscience** que **ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat** et que **celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences**. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République »

1. AUTEUR DU SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

Nom et
Prénom

Profession

Adresse

Téléphone

E.mail

2. PERSONNE CONCERNEE

NOM et
Prénom

Nom d'usage

Date de
naissance

Lieu de
naissance

Situation
familiale

Adresse

Téléphone

E-mail

Présence d'
enfants à
charge

non
 oui,
nombre :
.....

Ages

**3. ÉLÉMENTS DE LA SITUATION AMENANT LA TRANSMISSION AU
PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE**

a) Faits ou commémoratifs :

La personne déclare avoir été victime le (date ou période de temps)
_____ à (lieu) _____

de :

«

5

_____»

b) Doléances exprimées par la personne :

Elle dit se plaindre de :

«

_____»

c) Examen clinique : (description précise des lésions, siège et caractéristiques)

- Sur le plan physique

- sur le plan psychique

6

Accord donné au signalement par la personne

La personne a-t-elle donné son accord au présent écrit ?

Oui Non

Délivrance de l'information du signalement à la personne.

Date et signature

**- Signalement à transmettre au Procureur de la République
selon circuit joint à la présente.**

7. Annexe 7 : Questionnaire initial

Questionnaire dépistage violences conjugales

1/ Quelle question poser à l'interrogatoire de façon systématique ?

- Vous arrive t-il d'avoir peur à la maison ?
- Comment vous sentez-vous à la maison ?
- Subissez-vous des violences que ce soit des violences physiques/psychologiques ou encore sexuelles ?
- En cas de dispute, celà se passe comment ?
- Comment se passent vos rapports intimes ? En cas de désaccord ?
- Avez-vous peur pour vos enfants ?
- Vivez-vous des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ?
- Avez-vous été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ?
- Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ?
- Vous sentez vous humiliée ou insultée par votre partenaire ?
- Autres :

2/ Quelle réponse apporteriez-vous si la patiente vous répondait "oui" ?

- Dites-moi.
- En avez-vous déjà parlé à quelqu'un ? Qui est-ce ?
- Quelle démarche avez-vous entreprise ?
- Connaissez-vous des personnes ou associations qui pourrait vous aider dans cette situation ?
- Comment je peux vous aider ?
- Autres :

3/ Quelle réponse apporteriez-vous si la patiente vous demandait pourquoi vous lui posez la question ?

- "Parce que je le fais de façon systématique"
- "Quatre femmes sur dix dans ma salle d'attente subissent des violences de la part de leur conjoint ou ancien conjoint. Ces violences ont des répercussions sur leur santé. Il est donc de mon devoir de vous poser la question" .
- "La Haute Autorité de Santé préconise le dépistage de ces violences, c'est un sujet important de santé publique."
- "Les violences ont des répercussions sur la santé des patients, mon rôle est de vous aider"
- "Le médecin est le premier recours pour les femmes victimes de violences conjugales, il me semble donc important de vous poser la question"
- Autres :

4/ Quelle réponse apporteriez-vous si la patiente vous dit "non" ?

- “D'accord”
- “Si jamais cela vous arrive, je suis là”
- “Si vous connaissez des femmes dans votre entourage qui subissent ce genre de violence elle peut venir m'en parler”
- “Si vous connaissez des femmes dans votre entourage qui subissent ce genre de violence, je peux vous donner des contacts”

Si non et suspicion :

- Aborder le cycle de la violence
- Redéfinir les différents types de violence +/- violentomètre
- Autres :

5/ Quels éléments leur apporter de façon brève à la suite d'un dépistage positif ?

- Les contacts des associations et des assistantes sociales de leur territoire (site ORVIFF)
- L'importance du certificat médical de coups et blessures à chaque lésion
- Le cycle de la violence et la notion d'emprise
- Le numéro du 115 ou 0 800 22 55 55 pour bénéficier d'un hébergement d'urgence.
- La nécessité de faire un sac de secours pour partir vite si besoin
- Les inciter à porter plainte
- Contact d'une psychologue et de l'unité de psychotraumatologie
- Evaluer l'urgence (si urgence : signaler l'obligation de faire un signalement)
- Si notion de rapports sans consentement : insister sur le fait qu'un rapport non consenti est un viol
- Leur donner un autre rendez-vous dans quelques jours
- Autres :

6/ A quel moment faire le dépistage ?

- Au moment des antécédents médicaux, chirurgicaux, tabagisme...
- Si la patiente est seule
- Au moment de l'examen clinique
- Sans moment prédéfini, quand le praticien considère qu'il a une ouverture
- Au moment de l'examen gynécologique
- Une fois par an
- A chaque début de suivi de grossesse
- Autres :

Bibliographie

1. Juste après dresseuse d'ours » Archives du Blog » Demandez-vous. [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.jaddo.fr/2015/09/21/demandez-vous/>
2. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes [Internet]. Paris Descartes; 2013 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01131510>
3. Jaspard M. Enquête Nationale sur les violences envers les femmes à l'Île de La Réunion (ENVEFF-REUNION) [Internet]. INED; 2003 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/07/enveff_1_.pdf
4. Tomaseni M. Violences envers les femmes dans les espaces publics, au travail et dans les couples à La Réunion. Premiers résultats de l'enquête Virage dans les Outre-mer [Internet]. La Réunion: Institut National d'Etudes Démographiques; 2018 [cité 13 déc 2019]. Disponible sur: http://www.guadeloupe.gouv.fr/content/download/16329/105978/file/Enqu%C3%AAt%20Virage_R%C3%A9sultats%20La%20R%C3%A9union.pdf
5. l'Intérieur M de. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
6. Vacher A. La lettre de l'Observatoire National des Violences faites aux Femmes. nov 2020; (16):28.
7. Les femmes battues - Vidéo Ina.fr [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ina.fr/video/CPB86002741/les-femmes-battues-video.html>
8. Violences faites aux femmes : une chronologie en dix dates avec Benoîte Groult [Internet]. France Culture. 2016 [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/societe/violences-faites-aux-femmes-une-chronologie-en-dix-dates-avec-benoite-groult>
9. La violence exercée par un partenaire intime. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86232/WHO_RHR_12.36_fre.pdf?sequence=1
10. Violence conjugale | service-public.fr [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
11. Loi du 4 avril 2006 : Renforcement de la prévention et de la répression des violences au sein du couple [Internet]. Service des droits des femmes et de l'égalité; 2006 juill [cité 3 mai 2020]. (Les fiches repères). Report No.: DPS13A. Disponible sur: http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/11/fiche_loi_violences_2006.pdf
12. Garance K, Elodie L, Anife R, Louise TK, Zesiger V. La violence conjugale envers les hommes. :27.

13. Le Féminicide. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes/ [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86253/WHO_RHR_12.38_fre.pdf;jsessionid=83CDD71BC524577555D8F852D6818663?sequence=1
14. García Moreno C, Organisation mondiale de la santé. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO; 2005.
15. Jaspard M, éditeur. Les violences envers les femmes en France: une enquête nationale, juin 2002. Paris: La Documentation Française; 2003. 370 p. (Droits des femmes).
16. l'Intérieur M de. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
17. Tableaux synthétiques des résultats de l'enquête VIRAGE à la Réunion, aux Antilles et en France métropolitaine [Internet]. Ined; Disponible sur: https://viragedom.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/28947/note.tableaux.synthetiques.virage.om.et.hexagone.v3.fr.pdf
18. Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé [Internet]. INPES; 2007 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00311116>
19. Synthèse des 1ers résultats de l'enquête sur les violences envers les femmes dans les espaces publics, au travail et dans les couples à La Réunion [Internet]. INED; Disponible sur: <https://viragedom.site.ined.fr/fr/les-premiers-resultats/>
20. État-major départemental de sécurité. Présentation des chiffres de la délinquance. :5.
21. Dechenaud Marianne. Prévalence de la violence conjugale en médecine générale : Une enquête auprès de 300 femmes en médecine générale dans la région Rhône-Alpes et de 103 femmes au Centre de Planification ou d'Education Familiale de Bourg-en-Bresse. [Internet]. Pieros. [cité 19 avr 2021]. Disponiblesur: <http://www.pieros.org/etude/prevalence-de-la-violence-conjugale-en-medecine-generale-une-enquete-aupres-de-300-femmes-en-medecine-generale-dans-la-region-rhone-alpes-et-de-103-femmes-au-centre-de-planification-ou-deducation-fami/>
22. Mazza D, Dennerstein L, Ryan V. Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. *Med J Aust.* 1 janv 1996;164(1):14-7.
23. Coid J, Petruckevitch A, Feder G, Chung W, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet Lond Engl.* 11 août 2001;358(9280):450-4.
24. Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health.* avr 2000;90(4):553-9.
25. Violences envers les femmes dans les espaces publics, au travail et dans les couples à La

Réunion [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/violences-envers-les-femmes-dans-les-espaces-publics-au-travail-et-dans-les-couples-a-la-reunion-premiers-resultats-de-lenquete-virage-dans-les-oultre-mer/>

26. Organisation mondiale de la santé. Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes : rapport succinct. Genève: OMS; 2005.
27. Janina E, Lazimi G, Rochefort J. Vulnérabilité des femmes migrantes en situation de précarité face aux violences en France. Publication de la Fondation Gabriel Péri; 2013.
28. Dupray O. Les violences faites aux femmes à Mayotte: enquête DEVIFFE 2014, première approche exploratoire multidisciplinaire. :169.
29. Moiron-Braud E. Les violences conjugales pendant le confinement : Evaluation, Suivi et Propositions. :85.
30. Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S, van Gelder N. Pandemics and Violence Against W.
31. Coutanceau R. Auteurs de violence au sein du couple. Prise en charge et prévention. 2006 mars p. 27.
32. Vanneau V. La Paix des Ménages - Histoire des violences conjugales XIXe-XXIe siècle. Anamosa.
33. Beauthier R. Construction du divorce et des relations entre époux dans les travaux préparatoires du Code Napoléon. In: Paye O, Devillé A, éditeurs. Les femmes et le droit : Constructions idéologiques et pratiques sociales [Internet]. Bruxelles: Presses de l'Université Saint-Louis; 2019 [cité 17 mai 2021]. p. 75-98. (Travaux et recherches). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pusl/12002>
34. Code pénal de 1810 (Texte intégral - État lors de sa promulgation en 1810) : Livre III - Titre Second (Articles 295 à 463) [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: https://ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1810/code_penal_1810_3.htm
35. Rochefort F. Laïcisation des mœurs et équilibres de genre. Vingtième Siècle Rev Hist. 1 déc 2005; no 87(3):129-41.
36. HCDH | Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
37. Richauvet A-C. Les violences conjugales sur l'île de la Réunion: déterminants, état des lieux et propositions de préventions [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2015.
38. Centre d'Observation et d'Analyse des Besoins en santé. Plan Stratégique Régional de Santé [Internet]. Agence de santé Océan Indien; 2010 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DOSSIER_STAT_Etat_de_sante_Octobre2010_.pdf

39. Goizet L. Dépistage et prise en charge des violences conjugales par le médecin généraliste à la Réunion : Paroles de femmes. Rennes 1; 2018.
40. Dossier de presse - clôture du grenelle contre les violences conjugales [Internet]. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur:
https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/11/dossier_de_presse_-_cloture_du_grenelle_contre_les_violences_conjugales_-_25.11.2019.pdf
41. Fisher BS, Lab SP. Encyclopedia of Victimology and Crime Prevention. SAGE ; 2010. 1225 p.
42. Hirigoyen M-F. De la peur à la soumission. Empan. 5 juin 2009 ; n° 73(1):24-30.
43. Salmona DM. Mémoire traumatique et conduites dissociantes. Trauma et résilience, victimes et auteurs. Dunod. 2012;
44. Letourneau EJ, Holmes M, Chasedunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. Womens Health Issues. mars 1999;9(2):115-20.
45. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Arch Fam Med. mai 2000;9(5):451-7.
46. Golding JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. J Fam Violence. 1999;14(2):99-132.
47. Salmona DM. Mémoire traumatique [Internet]. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur:
<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>
48. Lamy C, Dubois F, Jaafari N, Carl T, Gaillard P, Camus V, et al. Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. août 2009;57(4):267-74.
49. El Kady D, Gilbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. Obstet Gynecol. févr 2005;105(2):357-63.
50. Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. Violence Vict. avr 2002;17(2):169-85.
51. Hathaway JE, Mucci LA, Silverman JG, Brooks DR, Mathews R, Pavlos CA. Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. Am J Prev Med. nov 2000;19(4):302-7.
52. Taft AJ, Watson LF. Termination of pregnancy: associations with partner violence and other factors in a national cohort of young Australian women. Aust N Z J Public Health. avr 2007;31(2):135-42.
53. Fanslow J, Silva M, Whitehead A, Robinson E. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2008;48(4):391-7.
54. Committee Opinion No. 518: Intimate Partner Violence. Obstet Gynecol. févr 2012;119(2, Part 1):412-7.
55. Lazimi G. Enfants exposés aux violences dans le couple. Rev Prat Médecine Générale. 29 déc 2010;24(851):2.

56. Thyma • EVALUATION D'UN ATELIER DE REPARATION PENALE DE MINEURS AGRESSEURS SEXUELS CONDUIT PAR DES MEDECINS ET DES EDUCATEURS – Thyma [Internet]. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.thyma.fr/evaluation-dun-atelier-de-reparation-penale-en-direction-de-mineurs-agresseurs-sexuels-conduit-par-des-medecins-et-des-educateurs-enseignements-de-cette-demarche/>
57. Bogat GA, DeJonghe E, Levendosky AA, Davidson WS, von Eye A. Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse Negl.* févr 2006;30(2):109-25.
58. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *Am J Prev Med.* mai 1998;14(4):245-58.
59. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. *Sante Publique (Bucur).* 16 sept 2010;Vol. 22(4):405-16.
60. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le role des professionnels de santé [Internet]. Ministère de la santé; 2001 févr [cité 4 janv 2020]. (La documentation Française). Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>
61. Garcia-Moreno C. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle. Manuel clinique [Internet]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2014 sept [cité 29 avr 2020]. Report No.: WHO/RHR/14.26. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf;jsessionid=C8C8C27904137C00CEF17BA44023486F?sequence=1
62. Gourbail L. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple Recommandations pour la pratique clinique. Haute Autorité de santé; 2019 p. 53.
63. Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, et al. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* 20 juill 2013;382(9888):249-58.
64. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening Women for Intimate Partner Violence: A Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med.* 5 juin 2012;156(11):796.
65. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cité 8 mai 2020];(7). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007007.pub3/full/fr>
66. Assier C, Brohan Oheix F, Sauvaget-Oiry A. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste: étude AVIC-MG en Loire-Atlantique et Vendée. Lieu de publication inconnu, France; 2020.
67. Durand L. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : Étude AVIC-MG dans le département du Finistère. Brest; 2021.

68. Peyrelongue M. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur médecin généraliste : étude AVIC-MG en Aquitaine. 16 janv 2020;57.
69. Riobé J. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers le médecin généraliste : étude AVIC-MG dans les départements des Bouches du Rhône, du Var, du Vaucluse, des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes. 30 oct 2020;48.
70. AVIC-MG : Attentes des femmes VICTIMES de violences conjugales envers leur Médecin Généraliste : étude quantitative en Alsace [Internet]. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <http://theses.unistra.fr/ori-oai-search/notice/view/uds-ori-102016>
71. Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Screening | Recommendation | United States Preventive Services Taskforce [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/intimate-partner-violence-and-abuse-of-elderly-and-vulnerable-adults-screening#fullrecommendationstart>
72. McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. Inside “Pandora’s box”: Abused women’s experiences with clinicians and health services. *J Gen Intern Med.* août 1998;13(8):549-55.
73. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate Partner Violence Screening Tools. *Am J Prev Med.* mai 2009;36(5):439-445.e4.
74. Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M, Verneret-Bord E, Vendittelli F, et al. Validation de la version française d’un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool). *Bull Épidémiologique Hebd.* févr 2021;2:32-40.
75. MIPROF. Livret d’accompagnement du court métrage de formation Anna. 2019.
76. Outil de prévention des violences Le Violentomètre | Centre Hubertine Auclert [Internet]. [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/outil-de-prevention-des-violences-le-violentometre>
77. ORVIFF | 5 - L’observatoire [Internet]. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: http://www.orviff.re/fr/7_24/34681/l-observatoire.html
78. Blottiaux A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales à La Réunion. 5 nov 2020;102.
79. Ministère de la justice, Conseil national de l’ordre des médecins. Secret médical et violences au sein du couple - Vade-mecum de la réforme de l’article 226-14 du code pénal. Ministère de la Justice;
80. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med.* févr 2002;17(2):112-6.
81. Outil d’aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l’adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
82. Laure P. Repérage précoce et intervention brève auprès des personnes insuffisamment actives.

Sci Sports. févr 2010;25(1):17-22.

83. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère. Grenoble; 2012.
84. 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 ? [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2016 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931810>
85. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale [Internet]. Paris 7; 2013 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4590_BARROSO-DEBEL_these.pdf
86. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et à l' intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf
87. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. déc 2008;56(6):415-23.
88. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer [Internet]. déc 2011 [cité 13 févr 2021];99. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/101916>
89. Élaboration de recommandations de bonne pratique Méthode « Recommandations par consensus formalisé ». Haute Autorité de santé; 2010 déc.
90. Plichta SB, Duncan MM, Plichta L. Spouse Abuse, Patient-Physician Communication, and Patient Satisfaction. Am J Prev Med. sept 1996;12(5):297-303.
91. Lechevalier A. Les hommes victimes de violences conjugales : étude rétrospective de 2005 à 2014 au sein de l'Unité médico-judiciaire du CHU de Toulouse [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1284/>
92. Brown E, Debauche A, Mazuy M, Delage P, Lieber M. L'enquête VIRAGE (VIolences et RAports de GENre). Cah Genre. 18 juill 2019;n° 66(1):37-50.
93. Flores J, Maurice P, Lampron C, Arseneau L, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale [Internet]. Montréal, Qué.: Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec; 2010 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/223012>
94. Coy C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCP. Paris 6; 2005.
95. Feltner C, Wallace I, Berkman N, Kistler C, Middleton JC, Barclay C, et al. Appendix F Table 1, IPV Screening Instruments [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US);

2018 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533715/table/appf.tab1/>

96. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. Rouen;
97. Ranji U, 2019. Intimate Partner Violence (IPV) Screening and Counseling Services in Clinical Settings [Internet]. KFF. 2019 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.kff.org/womens-health-policy/issue-brief/intimate-partner-violence-ipv-screening-and-counseling-services-in-clinical-settings/>

Serment d'Hippocrate (texte revu par l'Ordre des médecins en 2012)

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque

Élaboration, par la méthode Delphi, d'une méthode dépistage systématique des violences conjugales faites aux femmes à la Réunion

Résumé

Introduction : Les violences conjugales touchent plus d'une femme sur dix à la Réunion. Elles ont de nombreuses conséquences tant sur le plan médical qu'économique et seraient à l'origine de nombreux motifs de consultations médicales. Le médecin généraliste est souvent la première personne à qui s'adressent les victimes. Or, ils ne posent que rarement la question des violences conjugales à leurs patientes. La Haute Autorité de Santé recommande le dépistage systématique de ces violences depuis juin 2019. L'objectif de cette thèse est de réaliser un prototype de Repérage Précoce et Intervention Brève sur le modèle utilisé en addictologie pour aider les médecins généralistes à dépister ces violences chez leurs patientes.

Méthode : Etude qualitative par consensus d'experts à l'aide d'une méthode Delphi. Vingt-trois experts ont été recrutés avec comme critère d'inclusion : - l'intérêt par rapport à ce sujet – la confrontation à cette problématique dans la sphère professionnelle. Deux tours Delphi ont été réalisés.

Résultats : Plusieurs propositions de dépistage ont été validées par les experts. Certaines de ces propositions ont par la suite été sélectionnées et intégrées pour l'élaboration d'un repérage précoce et intervention brève.

Conclusion : La multiplication des moyens de dépistage systématique des violences conjugales pourrait permettre une augmentation de cette pratique par les médecins généralistes et une meilleure prise en charge des femmes victimes.

Discipline Médecine générale

Mots-Clés : Violence conjugale ; Dépistage systématique ; Méthode Delphi ; Diagnostic précoce, Intervention médicale précoce

Development using the Delphi method, of a method for systematic screening of domestic violence against women in Reunion

Abstract

Background : Domestic violence affects more than one woman out of ten in Reunion Island. It has a lot of consequences on both the medical and economic aspects and is the reason for many medical consultations. The general practitioner is often the first person to whom victims turn. However, they rarely bring up the issue of domestic violence with their patients. The French National Authority for Health recommends systematic screening for such violence since June 2019. The objective of this thesis is to develop a prototype of Early Identification and Brief Intervention based on the model used in addictology to help general practitioners screen their patients for domestic violence.

Method : Qualitative study by expert consensus using a Delphi method. Twenty three experts were recruited with the following inclusion criteria: - interest in the subject - confrontation with this problem in the professional sphere. Two Delphi rounds were conducted.

Results : Several screening proposals were validated by the experts. Some of these proposals were then selected and integrated for the development of an early identification and brief intervention.

Conclusion : Increasing the number of ways to systematically screen for domestic violence could lead to an increase in this practice by general practitioners and better care for women victims.

Discipline : General Practice

Keywords : Spouse abuse ; Screening ; Delphi studies, Early diagnosis ; Early education