

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Les outils de dépistage des violences conjugales en médecine générale.
Revue systématique de la littérature.**

Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 2021 à 18h
au Pôle Formation
par Raphaëlle MIETTE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Assesseur :

Monsieur le Docteur Maxime CAUCHIE

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Résumé	7
I. Introduction.....	8
A. Définition.....	8
B. Epidémiologie	10
1. A l'échelle mondiale.....	10
2. En France.....	12
II. Matériel et Méthode.....	16
A. Stratégie de recherche	16
1. Sources d'informations	17
2. Recherche des mots clés	18
3. Equations de recherche.....	19
4. Critères d'éligibilité	20
5. Sélection des articles.....	21
B. Extraction des données	22
C. Analyse des articles.....	22
III. Résultats.....	23
A. Equations de recherche.....	23
B. Diagramme de flux.....	26
C. Analyse des résultats.....	27
1. La formation des médecins généralistes	27
2. Dépistage assisté par ordinateur.....	29
3. Les questionnaires	31
4. Question « Vous sentez-vous en sécurité chez vous ? »	36
5. Avis des patientes sur les méthodes de dépistage.....	36
IV. Discussion.....	39
A. Résultats principaux	39

B.	Forces de l'étude	42
C.	Biais et limites de l'étude	43
D.	Perspectives de recherche	44
V.	Conclusion.....	49
	Financements et conflits d'intérêt.....	50
	Références	51
	Annexes.....	57

Abréviations

ARI : Abuse Risk Inventory

BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire

BU : bibliothèque universitaire

CAS : Composite Abuse Scale

CTS : Conflict Tactics Scale

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

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HITS : Hurt - Insult - Threaten – Scream

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

ISA : Index of Spouse Abuse

IST : Infections sexuelles transmissibles

MeSH : Medical Subject Heading

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et de la lutte contre la traite des êtres humains

NP : Niveau de preuve

OMS : Organisme Mondial de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PMWI-SF : Psychological Maltreatment Of Women Inventory-Short Form

PVS : Partner Violence Screen

Se : Sensibilité

Sp : Spécificité

TDV-VP : Teen Dating Violence - Victimization and Perpetration

VC : Violences conjugales

VIRAGE : Violences et rapports de genre

VPN : Valeur prédictive négative

VPP : Valeur prédictive positive

WAST : Woman Abuse Screening Tool

Résumé

Contexte : Les Violences conjugales (VC) touchent environ 30% des femmes au niveau international et une proportion non négligeable d'hommes. Le dépistage systématique des VC en médecine générale est préconisé depuis plus de 20 ans en France, mais actuellement toujours très peu réalisé. Quels sont les outils de dépistage à la disposition des médecins généralistes pour le réaliser ?

Méthode : Revue de la littérature selon la méthode PRISMA. Trois moteurs de recherche ont été interrogés entre le 17/01/2021 et le 07/07/2021 : PubMed, Cochrane Library et Web of Science.

Résultats : La formation, l'approche centrée patient, le dépistage assisté par ordinateur et les questionnaires (auto* ou hétéro-questionnaires) sont différents outils efficaces à disposition du médecin généraliste. Les WAST, WAST-Short et HITS se distinguent des autres auto-questionnaires par leurs excellentes propriétés psychométriques, leur fiabilité, simplicité et rapidité d'utilisation.

Il existe peu d'outils mis en place et validés en France, la plupart sont anglophones ou hispaniques. Il existe de nombreuses données sur le dépistage des femmes victimes de VC mais seuls 2 questionnaires s'intéressent au dépistage des hommes victimes de VC. Le dépistage des hommes, des adolescents et des personnes âgées reste très peu étudié.

Conclusion : Il faut améliorer la formation et l'information des médecins généralistes sur le sujet. Les auto-questionnaires WAST, WAST-Short et HITS apparaissent comme de bons outils de dépistage, associés à une approche centrée patient et à une sensibilisation des patients et des médecins. Le HITS est le seul validé dans le dépistage des hommes et des femmes.

I. Introduction

A. Définition

Le concept de Violence conjugale (VC) se développe dès les années 1970, au cœur du mouvement féministe. Initialement ancrée dans la lutte contre la « discrimination à l'égard des femmes » en 1979 (1), elle devient lutte « contre la violence faite aux femmes » en 1993 (2) et ce n'est qu'en 2002 que l'OMS introduit le concept de « violence d'un partenaire intime ». Avec cet apport l'OMS fait entrer la VC dans le champ de la santé publique et plus seulement dans le cadre légal et juridique.

En 2011 la Convention d'Istanbul, ratifiée par le conseil de l'Europe, ajoute 3 éléments à la définition de l'OMS : les enfants sont reconnus comme des victimes à part entière, elle englobe les partenaires ne vivant pas sous le même toit et crée le concept de « violences économiques ».(3) Adoptée par la France en 2014, le gouvernement définit alors les violences conjugales comme « toute violence exercée lors d'une relation intime, qu'elle soit actuelle ou passée, quel que soit le sexe des partenaires, leur lieu de vie et la forme juridique de leur union ». Sur le plan juridique la violence dans le couple est sanctionnée au titre de « délit » depuis 2016.

Les Nations Unies définissent la violence au sein du couple comme « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex partenaire) cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique ».(4)

Ces définitions englobent tout acte, actuel ou passé, et incluent les violences :

- Psychologiques : harcèlement moral, insultes, menaces,
- Physiques : coups et blessures,

- Sexuelles : viol, attouchements,
- Economiques : privation de ressources financières et maintien dans la dépendance.

Il faut bien différencier la violence conjugale, situation d'emprise d'un partenaire sur l'autre avec une volonté de contrôle et de domination, des disputes conjugales qui mettent face à face deux individus égaux.(5)

En 2019, la HAS réaffirme la définition de la violence au sein du couple comme « des actes de violence entre partenaires intimes, quel que soit le type de relation hétérosexuelle ou homosexuelle. Elle peut donc être vécue dans une relation maritale, extra-maritale ou amoureuse, pendant la relation, au moment de la rupture ou après la fin de la relation. Elle peut être vécue à tous les âges de la vie et dans tous les milieux sociaux et culturels. La qualité de partenaire intime de l'auteur des faits constitue une circonstance aggravante de l'infraction pénale de violences.

La violence au sein du couple comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles, ainsi que les actes de domination sur le plan économique ou administratif et un isolement social de la victime. Dans la majorité des cas, ces différentes formes de violence sont associées. La violence n'a pas d'intensité minimale. Il n'y a pas de seuil acceptable pour une blessure physique ou psychologique. »(6)

La notion de « cycle de la violence » est décrite pour la première fois en 1979 par la psychologue Lenore Walker. Elle le définit comme la succession de 4 types de comportements formant des cycles d'intensité et de fréquence croissantes : l'escalade de la violence.

- Phase de tension : création d'un sentiment de crainte chez la victime, climat d'insécurité, accès de colère, menaces...
- Phase d'agression : verbale, psychologique, physique, économique ou sexuelle

- Phase de justification : l'agresseur semble regretter son geste, s'excuse, mais culpabilise la victime, minimise les faits, fait porter la responsabilité à sa victime
- Phase d'accalmie / lune de miel : l'auteur demande pardon, parle de thérapie, promet de changer, menace de se suicider, la victime reprend espoir, le couple reprend une relation sans violence ni tension.

Ici les termes de « violences conjugales », « violences au sein du couple », et « violence entre partenaire intimes » sont utilisés comme synonymes.

B. Epidémiologie

1. A l'échelle mondiale

D'après l'OMS, 27% des femmes de 15 à 49 ans ayant eu une relation de couple indiquent avoir subi, au cours de leur vie, au moins une forme de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire.(4) Ce chiffre ne tient donc pas compte des violences psychologiques.

La VC est la première cause de mortalité des femmes européennes de 16 à 44 ans, devant les accidents de la route et les cancers. (3)

Alors qu'on s'accorde pour une prévalence d'environ 30% de la population féminine victime (que ce soit aux Etats-Unis, au Canada, en Suisse, au Royaume-Uni, en France...), les chiffres des hommes divergent grandement. La prévalence des VC faites aux hommes varie de 0,7% en France, 1% en Belgique, 4% au Royaume-Uni, dans une enquête suédoise les hommes rapportaient même plus de VC (11%) que les femmes (8%). (7-9)

L'étude européenne DOVE, menée à Gand - Belgique, Stuttgart - Allemagne, Athènes - Grèce, Budapest - Hongrie, Porto - Portugal, Grenade - Espagne, Östersund - Suède et Londres - Royaume-Uni, montre que les VC psychologiques et sexuelles sont, dans la majorité des cas, bi-directionnelles (c'est-à-dire que la personne est à la fois victime et auteur) : respectivement 54,5% et 12,5% chez les hommes et 54,4% et 9,7% chez les femmes. Les hommes pour 4,1% des victimes de violences psychologiques et 2,0% des violences sexuelles, et auteurs dans 3,5% et 7,5%. Les femmes représentant 3,0% et 7,7% des victimes et 5,0% et 1,6% des auteurs, $p=0,001$. Comme repris dans le tableau ci-dessous. (10)

	Hommes victimes	Hommes auteurs	Femmes victimes	Femmes auteurs
VC psychologiques	4.1%	3.5%	3%	5.0%
	54,5%		54,4%	
VC sexuelles	2%	7.5%	7.7%	1.6%
	12,5%		9,7%	

Tableau 1 : proportions des victimes et des auteurs de VC d'après l'étude DOVE

Ainsi hommes et femmes représentent une proportion équivalente de victimes et d'auteurs en terme de VC, hormis pour les violences sexuelles où les hommes sont plus souvent auteurs.

Aux États-Unis on estime qu'1 homme sur 4 est victime de VC.(11,12) Comme l'étude DOVE, certaines études américaines suggèrent que les femmes perpétuent autant la VC que les hommes, et qu'elle est dans la majorité des cas mutuelle. Les formes que prend cette violence sont différentes : les 2 sexes usent de la violence psychologique alors que les hommes utilisent plus la violence physique et que les femmes utilisent plus souvent des objets/armes.(13–15) Ainsi dans une étude de 2017 on estime la prévalence de la VC entre

27,8 et 45,3% chez les femmes et entre 18,5 et 38,6% chez les hommes.(16) Selon les études 25 à 50% des hommes sont victimes de VC et les femmes représentent 15% des arrestations pour VC aux Etats-Unis. (17,18)

La VC semble s'inscrire dans une dynamique bilatérale et réciproque dans près de 50% des cas et être unilatérale dans l'autre moitié des cas, hommes et femmes étant à proportion quasi égales auteurs et victimes.

Il apparaît également que les VC sont aussi fréquentes dans les relations hétérosexuelles et homosexuelles.(19)

2. En France

En France, il faudra attendre les années 2000 avec l'*Enveff*, première enquête statistique nationale sur les violences faites aux femmes, pour avoir les premiers chiffres : 1 femme sur 10 est victime de violences conjugales en France. (20)

En 2001 le *Rapport Henrion* (21) préconise dès lors le dépistage systématique des violences conjugales faites aux femmes.

Entre 2012 et 2013, l'observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales a estimé à 398 000 femmes et 149 000 hommes de 18 à 75 ans victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles. Les hommes représentant donc 37% des victimes. Ces derniers seraient moins enclins à déclarer des violences que les femmes ; quand 10 femmes sur 100 portent plainte, seuls 3 hommes sur 100 le font. (22)

Les VC coûtent chaque année 3,6 milliards d'euros (soit 12% du PIB) à l'état Français, c'est donc un enjeu socio-économique de taille.

En 2013 la MIPROF est créé avec une vocation de sensibilisation, d'enquête statistique et de formation.

Lancée en 2015, l'enquête VIRAGE (Violences et rapports de genre) est la première enquête française à interroger 27 000 hommes et femmes sur les violences subies au cours des 12 derniers mois. Il en ressort que depuis l'enquête Enveff, la violence subie par les femmes n'a pas diminué. Alors que les femmes déclarent tous types de violence (psychologique, physique, sexuelle), les hommes déclarent principalement des violences psychologiques. Les hommes déclarent globalement moins de faits de violence que les femmes.

L'exclusion de l'emploi, l'isolement social, l'âge jeune, la grossesse et le post partum, la séparation et le post-séparation ressortent comme facteurs de risque de violence conjugale.(23)

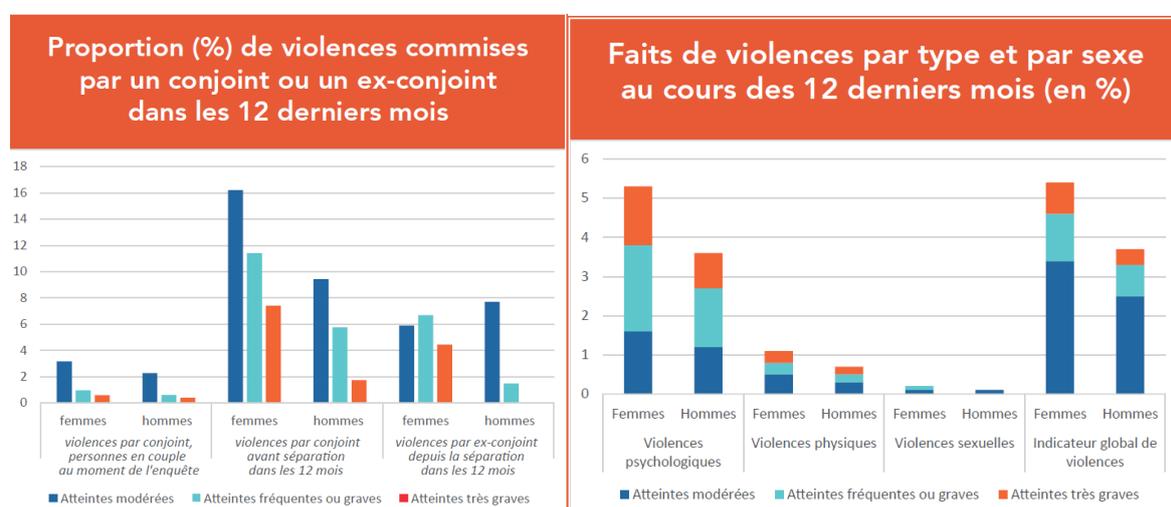


Figure 1 : Résultats de l'enquête VIRAGE - Femmes et hommes entre 20 et 69 ans au moment de l'enquête, vivant en France métropolitaine et ayant déclaré une relation de plus de 4 mois dans les 12 derniers mois. Seuls les couples hétérosexuels sont ici pris en compte. (23)

En juin 2019, suite au Grenelle contre les VC, la HAS édite une fiche réflexe de recommandations de bonne pratique sur le Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple axé sur 10 messages clés, dont le dépistage systématique et précoce des VC et l'orientation des femmes selon leurs besoins.(6)

En 2020, on a recensé : 238 tentatives d'homicides au sein du couple et 125 morts (102 femmes et 23 hommes) ; ce qui représente un décès tous les 3 jours. Les départements du Nord (7 faits), du Pas-de-Calais et des Alpes-Maritimes (5 faits chacun) enregistrent le plus de faits. On a également dénombré 14 enfants mineurs décédés dans la sphère familiale, victimes d'infanticides ou dans un contexte de violences conjugales. (24)

Alors que les violences conjugales faites aux femmes sont désormais un sujet bien documenté dans le monde, les violences faites aux hommes restent un sujet tabou ayant donné lieu à peu de recherches. Le concept de violence conjugale étant initialement porté par le mouvement féministe, il ne s'intéresse que très récemment aux violences faites aux hommes, ce qui explique qu'il faille attendre 2009 pour voir la première association française dédiée aux hommes victimes de VC (SOS Hommes battus) et 2015 pour que la violence conjugale faite aux hommes soit médiatisée avec l'affaire Maxime Gaget contre Zakia Medkour (25).

L'égalité homme-femme actuellement recherchée dans notre société voudrait que hommes et femmes puissent bénéficier des mêmes mesures de prévention et de prise en charge en matière de violence au sein du couple.

En ce sens on observe de récents changements au niveau Français : le site gouvernemental « stop aux violences faites aux femmes » a été renommé « arrêtons les violences » (26) en

2021, même si son contenu reste principalement rédigé pour les femmes, de même la ligne d'écoute créée en 2007 « 39 19 » est ainsi nommée « Violence femme info ».

Aujourd'hui les violences conjugales sont au cœur d'approches multisectorielles, indispensables pour les prévenir et les combattre. Dans ce cadre le médecin généraliste prend toute sa place en tant qu'interlocuteur privilégié puisqu'il reste le premier recours de 24% des femmes victimes (27). N'oublions pas qu'1 femme sur 5 n'a jamais parlé à personne des VC qu'elle subit (28) et que la moitié des femmes victimes ignore que c'est puni par la loi.(29) Cela fait donc partie des compétences du médecin généraliste de les dépister, de les informer et de les accompagner.

Cependant, 20 ans après la parution du *Rapport Henrion* et la préconisation de dépistage systématique, il n'existe toujours pas d'outil de dépistage français simple et valide, ce qui peut en partie expliquer que dans 75% des cas le médecin traitant n'identifie pas la situation de violence conjugale. Que ce soit en France ou à l'étranger, la grande majorité des médecins sous estime la prévalence de la VC et une minorité réalise un dépistage et une prise en charge adaptée des victimes.(30–32)

Cette revue de la littérature a pour but de faire un état des lieux des différents outils de dépistage des VC validés en médecine générale et pose la question de recherche suivante : « Quels sont les outils actuellement validés dans le dépistage des violences conjugales chez les femmes et/ou les hommes consultant en médecine générale ? ».

II. Matériel et Méthode

A. Stratégie de recherche

Cette revue de la littérature a été menée selon la méthode PRISMA.(33)

La recherche a été réalisée sur les bases de données PubMed, Cochrane Library et Web of Science, à l'aide de mots clés qui ont été associés grâce à des opérateurs booléens.

La recherche s'est déroulée entre le 17 janvier 2021 et le 07 juillet 2021.

Une première sélection a été faite sur le titre de l'article uniquement.

Les articles retenus ont été numérotés comme suit :

- Articles issus de PubMed suivis de la lettre A
- Articles issus de Cochrane Library suivis de la lettre B
- Articles issus de Web of Science suivis de la lettre C

Les doublons ont été éliminés.

Les résumés des articles retenus ont ensuite été lus afin de déterminer ceux qui correspondaient aux critères d'inclusion. Puis les articles retenus étaient lus en entier pour affiner la sélection. Les articles finalement sélectionnés étaient analysés selon la grille correspondante au type d'article.

Pour une meilleure validité de la recherche, deux investigateurs l'ont menée en parallèle, et en aveugle l'un de l'autre pour chaque étape. A la fin de chaque étape de sélection les résultats des investigateurs étaient comparés. Pour chacune de ces étapes en cas de discordance entre les deux investigateurs l'article était lu en entier. En cas de discordance

persistante après la lecture intégrale, il était prévu que l'avis d'un troisième investigateur soit sollicité, mais le cas ne s'est pas présenté.

1. Sources d'informations

La recherche a été effectuée dans trois moteurs de recherche : PubMed, Cochrane Library et Web of Science.

PubMed : Il s'agit de l'interface gratuite de la base Medline, base internationale de références d'articles biomédicaux. Premier moteur de recherche dans le domaine, il a été développé par le Centre Américain pour les informations biotechnologiques. Il indexe la littérature scientifique de plus de 4 000 revues internationales.

Cochrane Library : C'est la base de donnée de la Cochrane Collaboration, une organisation internationale à but non lucratif qui regroupe des médecins et chercheurs bénévoles organisés en groupes de travail thématiques, dont l'objectif est de « promouvoir la prise de décisions éclairées par les données probantes en matière de santé en produisant des données probantes de haute qualité, pertinentes et accessibles ». (34) On y retrouve principalement des revues systématiques, des méta-analyses et des essais cliniques randomisés. C'est un réseau indépendant qui compte plus de 11 000 membres, présent dans plus de 130 pays et qui travaille en 14 langues.

Web of Science : C'est un service universitaire qui donne accès à une base de données bibliographiques scientifiques internationales et multidisciplinaires gérée par Clarivate Analytics et créée par la société Institute for Scientific Information.

2. Recherche des mots clés

Le MeSH (Medical Subject Heading), thésaurus bilingue français/anglais de référence dans le domaine biomédical, a été utilisé pour la recherche des mots clés. Créé par la National Library of Medicine, il est mis à jour chaque année et utilisé pour indexer et interroger sa base de données dont MEDLINE et PubMed. En France il est mis à disposition par l'Institut National de la santé et de la recherche médicale.

Les mots clés retenus pour définir « outils de dépistage » étaient : « Risk assessment », « Screening », « Tool », « Surveys », « Detect* », « Validation studies » et « Validation ». « Clinical tool » n'a pas été utilisé car non discriminant par rapport au mot clé « Tool » qui lui a été préféré, il en est de même pour « Diagnosis ».

Ceux retenus pour définir « violences conjugales » étaient : « Intimate partner violence », « Spouse abuse », « Domestic violence » et « Partner abuse ».

Ceux retenus pour définir « médecine générale » étaient : « Primary health care » et « Primary care », « General practice » et « Family practice ».

« Physician family », n'a finalement pas été utilisé car peu discriminant. Il ne modifiait pas le nombre d'articles trouvé sur PubMed. Il n'a donc pas été utilisé dans les autres moteurs de recherche.

Nous avons ensuite exclu le mots clé : « Child* » qui parasitait les résultats.

L'association des opérateurs booléens et des mots clés a permis la construction des équations de recherche.

3. Equations de recherche

Les mots clés ont été organisés en équation de recherche par les deux investigateurs en parallèle et en aveugle. Les résultats de recherche ont été comparés et les équations de recherche les plus pertinentes ont été retenues. En cas de discordance de résultats, les équations de chaque investigateur ont été combinées en une équation de recherche commune afin de ne pas méconnaître des articles que l'équation de l'un ou de l'autre aurait passés sous silence. Les équations ont ensuite été validées par un troisième opérateur indépendant.

Les équations de recherche ont été rentrées dans PubMed dans un premier temps. Si les résultats obtenus étaient satisfaisants elles étaient ensuite utilisées dans les autres moteurs de recherche. Afin de ne pas méconnaître d'articles pertinents que les équations de départ auraient ignorés, les bibliographies des articles ont été croisées. Quatre équations ont ainsi été retenues.

Equation 1 : ("risk assessment" OR "screening" OR "tool" OR "surveys" OR "validation studies" OR "detect*") AND ("intimate partner violence" OR "spouse abuse" OR "domestic violence" OR "partner abuse") AND ("primary health care" OR "primary care" OR "general practice" OR "family practice") NOT child*

Equation 2 : ("screening tool" OR "detect*") AND ("men" OR "males") AND "intimate partner violence"

Equation 3 : ("screening tool" OR "mass screening*") AND "validation" AND ("domestic violence" OR "spouse abuse diagnosis*")

Equation 4 : ("brief" OR "briefed" OR "briefing" OR "briefings" OR "briefs") AND ("measurability" OR "measurable" OR "measurably" OR "measures" OR "measureable" OR "measured" OR "measurement" OR "measurements" OR "measurements" OR "measurer" OR "measurers" OR "measuring" OR "measurings" OR "measurment" OR "measurments" OR "weights and measures" OR ("weights" AND "measures") OR "weights and measures" OR "measure" OR "measures") AND ("intimate" OR "intimates") AND ("partner" OR "partners" OR "partnered" OR "partnering" OR "partners") AND ("primary health care" OR "primary care" OR "general practice" OR "family practice")

4. Critères d'éligibilité

Les articles étaient sélectionnés si à chaque étape ils remplissaient les critères d'inclusion et qu'aucun critère de non inclusion n'était présent.

Critères d'inclusion

- Les articles s'intéressaient aussi bien aux femmes qu'aux hommes, indépendamment de leur orientation sexuelle ou de leur âge.
- La notion de dépistage des VC et de soins primaires devait figurer.
- Il n'y avait pas de période ni de langue restrictive à la recherche.
- Les études devaient être quantitatives, qu'elles soient diagnostiques, observationnelles, randomisées ou cas-témoin.

Critères de non inclusion

Les articles avec les critères suivants étaient non inclus :

- Les articles hors sujet,
- Les études qualitatives,
- Les revues de la littérature,
- Les articles qui n'étaient pas au format IMRAD,
- Les articles concernant l'épidémiologie des violences conjugales,
- Les articles concernant les attentes des victimes de violences conjugales,
- Les articles concernant la prise en charge des victimes de violences conjugales,
- Les articles concernant les effets de la drogue et/ou de l'alcool sur les violences conjugales,
- Les articles concernant l'impact sur les enfants témoins de violences conjugales.

Critères d'exclusion

Les articles dont la méthodologie n'était pas clairement détaillée ou de mauvaise qualité étaient systématiquement exclus.

5. Sélection des articles

La sélection des études a été faite par deux investigateurs, en aveugle l'un de l'autre, et ce à chaque phase de la recherche. A la fin de chaque étape de sélection les résultats des investigateurs étaient comparés puis regroupés en un tableau commun.

Pour chacune de ces étapes en cas de doute ou de discordance entre les deux investigateurs l'article a été lu en entier.

B. Extraction des données

Les différentes études sélectionnées étaient intégrées à l'assistant de recherche Zotero® au fur et à mesure.

Les différentes données recueillies sont résumées dans le tableau en *Annexe 9*. Les biais, limites et conflits d'intérêt ont également été recherchés.

C. Analyse des articles

L'analyse a été faite par chaque investigateur, en aveugle de l'autre, selon les grilles habituellement utilisées :

- Grille STARD 2015 pour les études diagnostiques
- Grille STROBE pour les études observationnelles
- Grille CONSORT pour les essais randomisés
- Grille CARE pour les études cas-témoin

Les articles ont été triés par grade de recommandations, à l'aide du tableau de la HAS (ci-dessous).

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Tableau 2 : Grades de recommandations et niveaux de preuves fournis par la littérature (35)

III. Résultats

A. Equations de recherche

a. Dans PubMed

Equation 1 : 451 résultats

("risk assessment"[All Fields] OR "screening"[All Fields] OR "tool"[All Fields] OR "surveys"[All Fields] OR "validation studies"[All Fields] OR "detect*"[All Fields]) AND ("intimate partner violence"[All Fields] OR "spouse abuse"[All Fields] OR "domestic violence"[All Fields] OR "partner abuse"[All Fields]) AND ("primary health care"[All Fields] OR "primary care"[All Fields] OR "general practice"[All Fields] OR "family practice"[All Fields])) NOT "child*"[All Fields]

Equation 2 : 53 résultats

("screening tool"[All Fields] OR "detect*"[All Fields]) AND ("men"[All Fields] OR "males"[All Fields]) AND "intimate partner violence"[All Fields]

Equation 3 : 33 résultats

("screening tool"[All Fields] OR "mass screening*"[All Fields]) AND "validation"[All Fields]
AND ("domestic violence"[All Fields] OR "spouse abuse diagnosis*"[All Fields])

Equation 4 : 12 résultats

("brief"[All Fields] OR "briefed"[All Fields] OR "briefing"[All Fields] OR "briefings"[All Fields]
OR "briefs"[All Fields]) AND ("measurability"[All Fields] OR "measurable"[All Fields] OR
"measurably"[All Fields] OR "measure s"[All Fields] OR "measureable"[All Fields] OR
"measured"[All Fields] OR "measurement"[All Fields] OR "measurement s"[All Fields] OR
"measurements"[All Fields] OR "measurer"[All Fields] OR "measurers"[All Fields] OR
"measuring"[All Fields] OR "measurings"[All Fields] OR "measurment"[All Fields] OR
"measurments"[All Fields] OR "weights and measures"[MeSH Terms] OR ("weights"[All
Fields] AND "measures"[All Fields]) OR "weights and measures"[All Fields] OR
"measure"[All Fields] OR "measures"[All Fields]) AND ("intimate"[All Fields] OR
"intimates"[All Fields]) AND ("partner"[All Fields] OR "partner s"[All Fields] OR
"partnered"[All Fields] OR "partnering"[All Fields] OR "partners"[All Fields]) AND ("primary
health care"[All Fields] OR "primary care"[All Fields] OR "general practice"[All Fields] OR
"family practice"[All Fields])

b. Dans Cochrane Library

Equation 1 : 71 résultats

Equation 2 : 18 résultats

Equation 3 : 2 résultats

Equation 4 : 9 résultats

c. Dans Web of Science

Equation 1 : 351 résultats

Equation 2 : 92 résultats

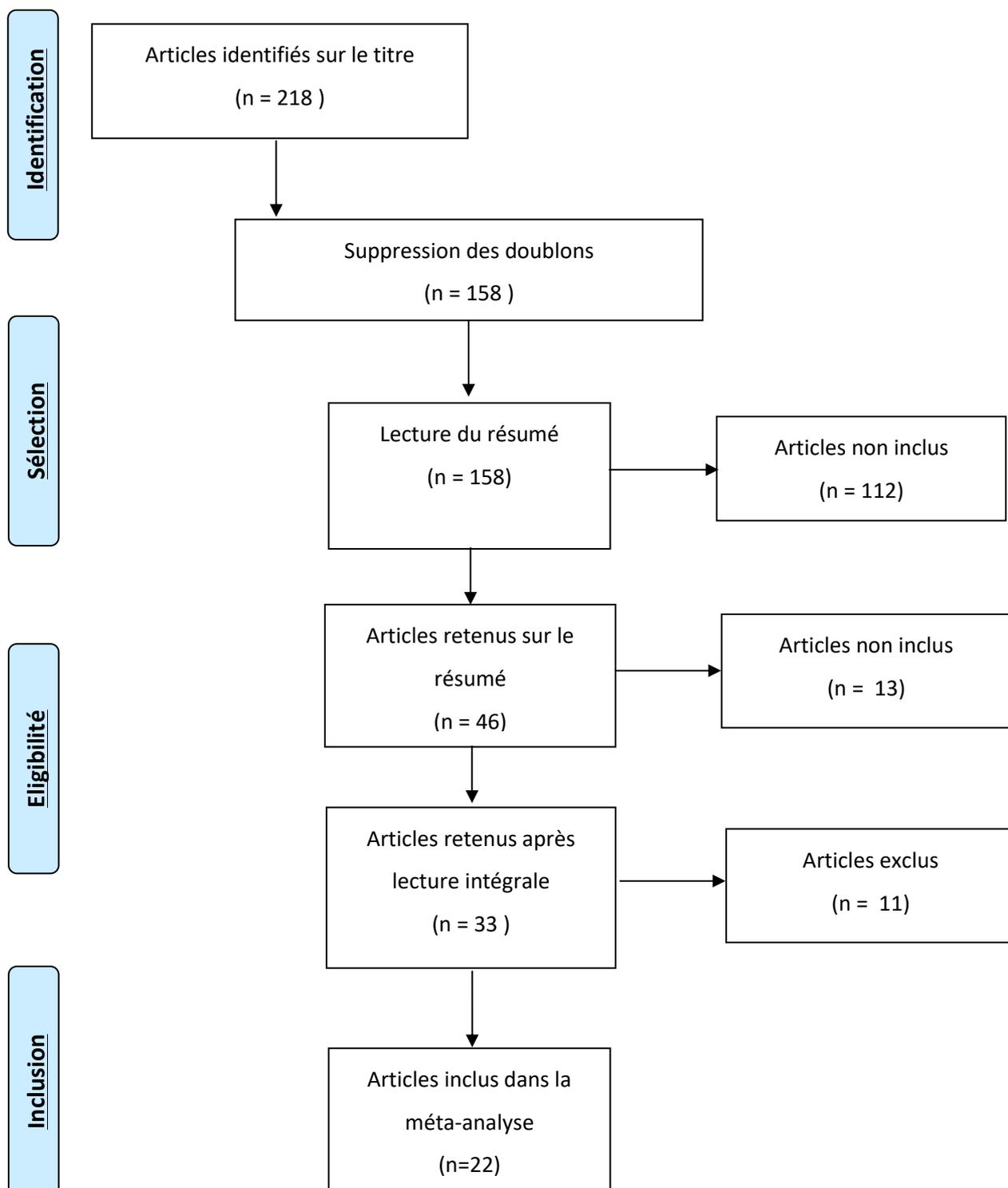
Equation 3 : 17 résultats

Equation 4 : 17 résultats

B. Diagramme de flux (36)



PRISMA 2009 Flow Diagram



Parmi les 218 études retenues sur le titre, 60 doublons ont été identifiés. Sur 46 articles retenus sur le résumé, 5 n'ont pas pu être intégrés au reste de l'analyse car non trouvés dans leur intégralité : non accessibles sur internet, ni à la BU de l'Université de Lille et sans retour de l'éditeur et/ou de l'auteur après un premier contact et relance à un mois. Sur les 41 articles restants, 33 étaient éligibles après lecture complète. Onze ont été exclus suite à des erreurs dans la méthodologie, laissant 22 articles analysés.

Les causes de non inclusion et d'exclusion sont résumées dans les *Annexes 5-6-7 et 8*.

C. Analyse des résultats

Parmi les 22 articles analysés : 2 s'intéressent à l'impact de la formation des médecins sur le dépistage des violences conjugales, 1 à l'intérêt d'utiliser un dépistage assisté par ordinateur, 1 aux questionnaires de dépistages préférés par les patients, 1 au mode de dépistage préféré par les patients, et les 17 autres aux différents questionnaires de dépistage.

1. La formation des médecins généralistes

Dans une étude contrôlée randomisée en grappe multicentrique, réalisée à Londres et Bristol, a été comparé l'impact d'une formation versus l'activité habituelle du médecin sur le dépistage et l'orientation des femmes de plus de 16 ans victimes de VC. La formation consistait en une session initiale théorique de 2 heures avec remise de documentation suivie de sessions d'ateliers de mise en pratique trimestrielles à semestrielles et d'une heure de formation dédiée à la confidentialité et à la sécurisation des victimes. En parallèle des dépliants et affiches d'information et de sensibilisation ont été mis à disposition au cabinet et les participants avaient la possibilité de contacter des référents par téléphone ou par email

pour des informations et conseils sur la prise en charge de leurs patientes concernées. Dans chaque cabinet participant, un intervenant désigné « spécialiste » (médecin ou infirmier) a suivi une formation approfondie de 8 heures supplémentaires. Chaque découverte de violence était notifiée dans le dossier médical informatisé dans les antécédents du patient. Le nombre de patientes ainsi dépistées à un an de la fin de la formation a été multiplié par 3 par rapport au nombre de patientes dépistées un an avant le début de la formation. (37)

Une étude similaire a été menée dans le Nord de la Californie. Dans chaque cabinet participant une à deux personnes ressources ont été choisies pour participer à une formation initiale d'une journée sur le dépistage des violences conjugales, suivie de 3 repas débats sur le sujet. Suite à la journée de formation, l'ensemble de la documentation était envoyé au cabinet et les personnes ressources ont pu : sélectionner l'outil qui serait utilisé dans leur cabinet (parmi le Massachusetts Medical Society Seminars on Domestic Violence (38), SAFE questions (39), HITS (40), PVS (41) et l'approche développée par Smith PH (42)), la méthode utilisée (verbale ou écrite), la personne en charge du dépistage (prestataire, infirmière, médecin...), la fréquence du dépistage, les patientes ciblées, les affiches et dépliants sur les associations locales présentes au cabinet. Au minimum ils devaient dépister toutes les femmes de plus de 18 ans au moins une fois par an.

Les personnes ressources ont ensuite organisé, avec l'aide des formateurs, la formation des autres intervenants du cabinet. Celle-ci consistait en une phase initiale (une session de 1h30 ou deux sessions de 45 minutes), suivie d'une formation continue sous forme de 3 repas-débats organisés à 6 mois d'intervalle. Les personnes ressources ont également été invitées à une demi-journée de consolidation au milieu de l'étude. Les différents intervenants avaient accès à des informations via une newsletter, un site internet dédié et une assistance téléphonique en cas de besoin.

L'évaluation de l'impact de la formation a été réalisée par l'appel téléphonique d'un échantillon aléatoire de patientes des cabinets de l'étude à qui on a demandé si elles avaient été dépistées au sujet des VC au cours des 12 derniers mois. Bien que plusieurs cabinets aient décidé de pister également les hommes, seul le dépistage des femmes a été pris en compte dans cette étude.

Après la formation, on a observé une augmentation du dépistage de 10%, avec des patientes 79% plus susceptibles d'avoir été dépistées qu'avant l'intervention (OR 1,79, IC à 95 % [1,43-2,23]). (32)

2. Dépistage assisté par ordinateur

Un essai randomisé en aveugle, mené à Toronto au Canada, a étudié l'influence de l'utilisation d'un programme informatique « Promouvoir la santé » en amont de la consultation médicale. Il comprend 79 questions sur divers domaines de santé dont les VC (violence physique ou sexuelle, menace de violence et de comportements de contrôle par le partenaire), le tabac, les drogues, les infections sexuellement transmissibles, la dépression, etc... Ainsi le sujet de l'étude était inconnu des médecins et des patients. Après avoir répondu au questionnaire, le logiciel génère un rapport de risque à destination du médecin et une fiche conseil avec des numéros ressources pour le patient. Toute réponse « oui » sur les items traitant des VC entraîne une alerte pour le médecin : « Abus potentiel du partenaire - évaluer la victimisation ». Ont été incluses les femmes de plus de 18 ans, anglophones, sachant lire et écrire.

Après la consultation toutes les femmes ont reçu un dépliant sur le dépistage du cancer, de la santé mentale et des VC (qu'elles soient dans le groupe programme informatisé ou soins classiques). L'objectif de cette étude était de savoir si la patiente ou le médecin ont évoqué

la possibilité que la patiente soit victime de VC (opportunité de discussion) et, pour le cas où une opportunité s'était présentée, qu'elle ait été identifiée comme telle.

L'occasion de discuter des VC s'est présentée pour 35 % (48 des 139 participants) du groupe informatisé et 24% (34 des 141 participants) du groupe de soins habituels ; soit un risque relatif ajusté = 1,4 [IC 1,1 à 1,9]. La détection de VC s'est produite dans 18% (25 des 139 participants) du groupe contrôlé par ordinateur et 9 % (12 des 141 participants) du groupe de soins habituels (RR ajusté = 2,0 [IC, 0,9 à 4,1]). Lorsque l'occasion de discuter des VC s'est présentée, le taux de détection des VC était de 52 % (25 sur 48 participants) pour le groupe contrôlé par ordinateur et 35% (12 des 34 participants) pour le groupe de soins habituels.

Les médecins ont évalué la sécurité des patients et fixé un RDV de suivi plus souvent dans le groupe contrôlé par ordinateur (9 et 20 sur 25 participants) que dans le groupe de soins habituels (1 et 8 sur 12 participants).

Le groupe dépistage informatisé a eu plus d'occasions de discuter (ajustement RR = 1,5 [IC, 1,1 à 2,0]) et d'être dépisté (RR ajusté = 1,5 [IC, 1,0 à 2,2]) pour les troubles de santé mentale. L'opportunité pour discuter et dépister les autres risques (tels que les IST) n'a pas statistiquement différencié entre les groupes. (43)

A noter que ce type de dépistage est globalement bien accepté par les femmes, même si certaines sont méfiantes quant à la confidentialité des données recueillies.

L'étude de MacMillan et al. (44), s'intéressait au meilleur mode de dépistages VC entre questionnaire informatisé, questionnaire écrit et entretien. Le critère de jugement était composite : prévalence des VC à 12 mois, étendue des données manquantes et

préférences des participantes. Celle-ci n'avait pas montré d'augmentation de la détection des VC par dépistage informatique.

3. Les questionnaires

a. *WAST : Woman Abuse Screening Tool et WAST-Short*

A la fin du XX^e siècle, Brown JB, Lent B et Brett PJ développent et valident le **WAST** en médecine de ville au Canada. La première version est anglophone, validée en milieu urbain comme rural chez les femmes de plus de 18 ans actuellement en couple (*Annexe 11*). Vingt médecins et 307 patientes ont participé à cette validation, tous étaient globalement à l'aise avec l'utilisation du WAST. Auto ou hétéro-administré, il comprend 8 questions qui explorent les violences physiques, psychologiques et sexuelles chez les femmes. Chaque question est évaluée sur une échelle de Likert de 1 à 3, le score global étant compris entre 8 et 24. Les scores globaux du WAST étaient corrélés à ceux de l'ARI (entre $r=0,69$; $p=0,01$ et $r=0,96$; $p<0,001$ en fonction des études) avec un alpha de Cronbach compris entre 0,75 et 0,95. (45,46)

Quelques années plus tard, ils développaient une version francophone du WAST, ne comprenant que les 7 premières questions, avec une très bonne cohérence interne (alpha de Cronbach 0,95), ce qui en fait un outil fiable et discriminant. (47)

Une version espagnole du WAST a vu le jour récemment, développée au Chili, elle retient les VC pour un seuil ≥ 15 avec une sensibilité de 100% et une spécificité de 96%. (48) Cette version est également utilisée en Espagne, avec une aire sous la courbe à 0,95 (IC à 95% [0,93-0,97]). (49)

La version abrégée du WAST, le **WAST-Short** comprend uniquement les 2 premières questions du WAST. Un score de 1 est attribué aux réponses « très tendu » et « beaucoup de difficultés » et un score de 0 aux autres réponses. Le score total est compris entre 0 à 2, le seuil ≥ 1 a été retenu pour suspecter la VC, devant alors faire poser les autres questions du WAST.

Dans sa version anglaise il a une très bonne sensibilité et spécificité (91,7% et 100%). Repris dans de nombreux pays le WAST-Short fait l'objet d'une évaluation en Afrique du Sud, avec une faible sensibilité (45,2%), mais une bonne spécificité (99,6%). (46,50)

Traduit en espagnol il a une sensibilité identique à la version anglaise (91,4%), mais est moins spécifique (68%) et au Canada dans sa version francophone (*Annexe 12*) il apparaît moins sensible (78,3%) pour une spécificité identique (100%). (47,51)

b. HITS : Hurt-Insult-Threaten- Scream

Développé en médecine de ville, le HITS (*Annexe 13*), est un des rares questionnaires validé aussi bien chez l'homme que chez la femme, et le seul qui a cette caractéristique en soins primaires.(40) Il dépiste les violences ayant eu lieu dans les 12 derniers mois, qu'elles soient physiques, psychologiques ou verbales.

Un score supérieur ou égal à 10 pour les femmes et 11 pour les hommes est considéré comme positif, qu'il soit auto ou hétéro administré. Avec respectivement chez la femme et chez l'homme une sensibilité de 96% et 88%, une spécificité de 91% et 97% et un alpha de Cronbach à 0,80.(40,52,53)

On note une concordance de 83% entre la version auto et hétéro-administrée, bien qu'il reste plus performant en auto administré. (52)

Il est traduit et validé en espagnol également avec une sensibilité de 100% et une spécificité de 86% pour un seuil de positivité à 5,5, et un alpha de Cronbach à 0,61. Contre une sensibilité de 86%, une spécificité de 99% et un alpha de Cronbach à 0,76 pour la version anglaise en population hispanique anglophone. (54)

c. RADAR for Men

Développé aux Etats-Unis, c'est un outil spécifique aux hommes, qu'ils soient auteurs ou victimes. Il comprend 11 questions hétéro-administrées sur les violences physiques, psychiques, sexuelles et financières, et évalue également la sévérité des violences et la sécurité des répondants. Toute réponse positive est considérée comme marqueur de VC. Ici une seule étude a comparé cet outil anglophone au CTS 2 en soins primaires. Le Conflict Tactics Scale est une mesure en 39 éléments des VC, les questions sont conçues pour être posées à la fois à la patiente et à son partenaire, soit un total de 78 questions qui explorent : négociation, agression psychologique, physique, sexuelle et blessure. Le CTS 2 est une échelle abrégée en 20 items.

Le RADAR for Men s'est avéré moins performant que le CTS 2 ; les hommes semblent sous-déclarer la VC lors d'entretiens en face à face, et expriment plus facilement des violences passées que des violences actuelles. Sur les 125 patients ayant répondu au questionnaire de perpétration et les 126 au questionnaire de victimisation : 2% ont déclaré un acte de violence actuel contre 18% des actes antérieurs, et 3% une victimisation actuelle contre 24% de victimisation passée. (55)

d. *ISA : Index of Spouse Abuse*

L'ISA s'intéresse à 4 dimensions des violences conjugales : émotionnelle, physique, sexuelle et comportements de contrôle. Développé en anglais par Hudson et son équipe en 1981, il s'intéresse aux abus subis par les femmes dans les 12 derniers mois, quantifiés par une échelle de type Likert.

Une étude espagnole a étudié la cohérence interne et la validité de la version espagnole de l'ISA. Cette version contient les mêmes 30 éléments de l'échelle originale, littéralement traduite et auto-administrée.

On constate que les femmes qui ont déclaré être en très mauvaise santé et/ou en détresse psychologique avaient des scores significativement plus élevés dans les 4 facteurs ISA que celles qui ont déclaré être en très bonne santé. La violence augmente avec l'aggravation de l'état de santé perçu ($p < 0,001$). Ici l'alpha de Cronbach des 4 facteurs de l'ISA varient de 0,82 (pour le facteur sexuel) à 0,94 (pour le facteur émotionnel). (56) *Annexe 14*.

e. *CAS : Composite Abuse Scale*

Une équipe australienne a voulu valider une échelle de dépistage des violences conjugales en médecine générale qui soit complète ; c'est-à-dire qui interroge sur les violences physiques, émotionnelles, le harcèlement et comporte un élément de mesure de leur gravité. Hegarty et al. ont ainsi mis au point la *Composite Abuse Scale* regroupant 30 items, chacun évalué sur une échelle de 1 à 6, portant sur les 12 derniers mois de la relation intime

la plus récente. Après plus de 1 800 recueils, les 30 items ont montré une bonne fiabilité et cohérence interne : alpha de Cronbach > 0,85 pour l'ensemble de l'échelle et supérieure à 0,9 pour la majorité des sous-échelles. (57) Il s'agit d'une échelle anglophone auto-administrée. *Annexe 15*

f. TDV-VP : Teen Dating Violence - Victimization and Perpetration

En Espagne un questionnaire informatisé en 46 items destiné aux adolescents a été développé : le TDV-VP. (58) Il s'adresse aux 13-21 ans aussi bien hommes que femmes, ayant eu une relation intime dans les 3 derniers mois, et est diffusé via internet (Facebook, e-mail, etc...).

Cette échelle a une bonne validité interne et fiabilité, mesurant 5 aspects des VC : violences psychologiques, violence verbale, contrôle et jalousie, et violence sexuelle. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre le sexe et le statut auteur / victime, ce qui sous-tend que les hommes seraient aussi exposés que les femmes. A noter que près d'un quart des participants sont victimes de cyber-violence.

g. PMWI-SF : Psychological Maltreatment Of Women Inventory-Short Form

Une étude cas-témoin espagnole a étudié la validité externe, la concordance et la précision diagnostique de 4 instruments de dépistage des VC : ISA, PMWI-SF, WAST, PVS. Le PVS ne sera pas traité ici car non adapté à la médecine générale.

Le PMWI-SF mesure la violence psychologique chez le partenaire. Auto-administré, il comprend 14 éléments ; version abrégée de l'instrument original de 58 éléments, sur une échelle de type Likert de 1 à 5. L'aire sous la courbe a été utilisée pour juger de la validité externe et le Kappa de Cohen pour la concordance, la signification statistique a été retenue

pour $p < 0,005$. L'aire sous la courbe des 4 éléments est $> 0,90$, l'indice de concordance global est $K = 0,82$ ($p < 0,001$). Les auteurs concluent donc que ces 4 outils sont valides pour le dépistage des VC. (49)

4. Question « Vous sentez-vous en sécurité chez vous ? »

Dans le Winsconsin, 399 femmes ont répondu à la question « Au cours des 3 derniers mois, vous êtes-vous sentie en sécurité chez vous ? » et à un questionnaire de santé générale comprenant le CTS, une échelle de la dépression et de consommation d'alcool. Les femmes répondants « non » à la question étaient considérées comme victimes de VC. Parmi les 93,9% à avoir déclaré se sentir en sécurité, 43% ont subi des violences au cours de 3 derniers mois et seuls 8,8% des victimes de VC ont indiqué ne pas se sentir en sécurité au domicile. Ce qui fait de cette question une approche peu pertinente en dépistage systématique : sensibilité 8,8%, spécificité 95,8%. (59)

5. Avis des patientes sur les méthodes de dépistage

McCord-Duncan a mené une étude aux États-Unis afin de connaître les préférences de patientes en termes de dépistage des VC. Elles étaient invitées à visionner une vidéo de 5 minutes présentant une consultation de médecine générale où la patiente est victime de VC et pour laquelle le praticien utilise le PVS, le WAST et une approche centrée patient. Elles remplissaient ensuite un questionnaire sociodémographique puis évaluaient les 3 méthodes de dépistage : laquelle préféreraient-elles se voir proposer ?, Y en a-t-il une à éviter ? L'approche centrée patient a été préférée, suivie de près par le WAST ($p < 0,001$). Le PVS a lui été décrit comme à éviter par la moitié des femmes interrogées, sans que le statut victime / non victime n'influence les résultats. (60)

Ces résultats sont à interpréter avec précaution car les femmes ayant répondu à ce questionnaire n'étaient pas elles-mêmes soumises au dépistage qu'elles évaluaient et étaient en majorité caucasiennes dans cette étude monocentrique. A noter également que la prévalence de femmes victimes dans cette étude était supérieure à la moyenne nationale ; la question se pose donc de savoir si la question « Avez-vous souffert de VC ? », posée directement dans le questionnaire, ou si le visionnage a pu avoir un impact sur la révélation de violences.

En ce qui concerne la forme du dépistage, un essai randomisé multicentrique a étudié les 3 méthodes suivantes : le questionnaire auto-administré, un entretien avec un membre du personnel médical du cabinet ou un entretien avec le médecin. Dans les 3 cas de figure le dépistage utilisait le HIST et le WAST-Short. Le WAST était lui intégré au questionnaire post-test sur l'acceptabilité du dépistage. En est ressorti que le dépistage par questionnaire auto-administré est aussi efficace que l'entretien en terme de taux de divulgation, de confort et de temps passé au dépistage ; 93.4% des patientes et 84.5% des médecins sont à l'aise avec cette pratique. Le temps moyen passé au dépistage était de 4,4 minutes. (61)

A noter cependant que cette étude s'intéressait uniquement à une population principalement afro-américaine et hispanique issue des minorités aux Etats-Unis.

Dans le même esprit, une étude canadienne randomisée a comparé trois modes de dépistage : un questionnaire informatisé, un questionnaire écrit et un entretien en face à face. Il en ressort que les questionnaires écrit et informatisé sont préférés à l'entretien. Dans cette étude, bien que ce ne soit pas le critère de jugement principal, il semblerait que le dépistage informatisé soit plus performant que les autres méthodes en termes de dépistage. (44)

L'étude de MacMillan and al. (44), s'intéressait également au meilleur mode de dépistage des VC entre questionnaire informatisé, questionnaire écrit et entretien. Le critère de jugement était composite : prévalence des VC à 12 mois, étendue des données manquantes et préférence des participantes. Ici on ne retrouve pas de supériorité du dépistage informatisé, mais une nette préférence des patientes pour les questionnaires écrits et informatisés.

IV. Discussion

A. Résultats principaux

La formation apparaît comme la pierre angulaire du dépistage. Il est essentiel de sensibiliser les médecins au sujet, de leur donner les clefs pour faire face à la situation. De même, leur laisser le choix de l'outil qui leur semble le plus adapté à leur pratique, avec lequel ils sont le plus à l'aise permet une meilleure adhésion et donc une augmentation franche du dépistage. Les patientes étaient 79% plus susceptibles d'avoir été dépistées et le nombre de patientes dépistées positives était multiplié par 3 à un an d'une formation.

De manière générale l'auto-dépistage par questionnaire est mieux accepté par les patientes, ce qui sous-tend une meilleure adhésion et un meilleur taux de réponses. Il faut tout de même garder à l'esprit qu'une femme qui ne veut pas être déclarée victime de VC sera libre de cocher les cases en ce sens et de « fausser » le test. Mais elle saura que le médecin est disposé à en discuter le jour où elle se sentira prête. Dans le même esprit, un entretien centré patient est toujours plus apprécié qu'un questionnaire type.

En revanche il apparaît que la question de la sécurité à domicile est trop imprécise pour servir seule de marqueur de dépistage. Il serait licite de débiter le dépistage en salle d'attente, ou dans une pièce dédiée, par un auto-questionnaire et de le poursuivre lors de la consultation par un entretien centré patient où les questions ouvertes auraient toute leur place.

Des vidéos et/ou affiches de sensibilisation en salle d'attente pourraient également aider à la verbalisation des VC, montrant au patient que le médecin est attentif et concerné par cette problématique.

Bien que le dépistage par ordinateur soit controversé, il pourrait être un mode de dépistage pour certaines patientes. Dans les études susnommées les VC n'ont jamais été dépistées seules lors de cette intervention, il s'agissait plus de faire un « bilan de santé » de ces femmes dont la question des VC n'était qu'une partie. De manière générale il semble permettre d'identifier le médecin comme une personne ressource et libérer la parole des femmes, il sensibilise également le médecin par une alerte ciblée. Cependant, il a le défaut de représenter un coût de mise en place et d'utilisation non négligeable, et devra faire l'objet d'une réflexion sur les modalités de sa mise à disposition dans les salles d'attente des cabinets de médecine générale.

Sur ce principe, la réalisation d'auto-questionnaires papiers en salle d'attente semble plus aisée à mettre en place avec des résultats tout aussi satisfaisants. Il existe de nombreux questionnaires validés, pour la majorité auto-administrés. Cette revue de la littérature en a retrouvé 7 qui sont validés en pratique courante en médecine de ville.

Le WAST, WAST-Short et le HITS se distinguent des autres questionnaires de par leurs excellentes propriétés psychométriques, leur fiabilité, mais surtout par leur rapidité et simplicité d'utilisation (en moyenne 4,4 min par test), ce qui en font des outils de choix en médecine générale. Le WAST et le WAST-Short sont très utilisés dans le dépistage des VC faites aux femmes et ce aux quatre coins du monde, d'où leurs multiples traductions. Alors que les autres questionnaires sont rédigés en anglais et/ou en espagnol, le WAST a également une version francophone.

Il est important de souligner qu'à ce jour le HITS est le seul test validé chez les femmes ET les hommes, mais uniquement dans sa version anglophone.

En ce qui concerne les autres questionnaires, seul le Radar of Men permet de dépister les hommes. De façon générale, ils apparaissent bien trop long pour une utilisation en pratique courante (entre 11 et 46 items), et ce d'autant qu'ils ont des propriétés psychométriques équivalentes au WAST et au HITS.

Le TDV-VP est à mettre à part ; il a la particularité d'étudier uniquement les relations des adolescents, mais n'a pas été validé en pratique en cabinet de médecine générale. Il est pour l'instant à l'ébauche, testé uniquement sur les réseaux sociaux.

Tableau 3 : Synthèse des outils

Outil	Langue	Population visée	Forme de violence explorée	Nombre de questions	Méthode d'administration	Propriétés psychométriques
WAST	Anglais Espagnol Francophone canadienne	Femmes	Physique Psychologique Sexuelle (uniquement dans sa version à 8 questions)	8 7 dans la version francophone	Auto ou hétéro administré	Anglaise : cohérence interne entre 0,75 et 0,90 Fiabilité 0,95. Francophone canadienne : Cohérence interne 0,95 Espagnol : avec seuil ≥ 15 ASC 0,95 IC95% [0,93-0,97] Se 100%, Sp 96%
Short WAST	Anglais Espagnol Francophone canadienne	Femmes		2	Auto ou hétéro administré	Anglaise : Se 91,7 % - Sp 100% Canadienne : Se 78,7% - Sp 100%
HITS	Anglais	Femmes Hommes	Physique psychologique / verbale	4	Auto ou hétéro administré	Femmes : Se 96% - Sp 91% Homme : Se 88% - Sp 97% Alpha Cronbach 0,80
Radar for Men	Anglais	Hommes	Physique Psychologique Sexuelle Financière	11	Face à face	-
ISA	Anglais Espagnol	Femmes	Physique Emotionnelle Comportement de contrôle Sexuelle	30	Auto administré	ASC 0,99 IC95% [0,98-,99] Espagnole : Alpha Cronbach entre 0,82 et 0,94

CAS	Anglais	Femmes	Physique Psychologique Harcèlement Evaluation de la gravité	30	Auto administré	Alpha Cronbach > 0,85
TDV-VP	Espagnol	Adolescents	Psychologique Physique Contrôle et jalousie Sexuelle	46	Auto administré	« bonne validité interne » mais non détaillée
PMWI-SF	Espagnol	Femmes	Psychologique	14	Auto administré	ASC 0,98 IC95% [0,97-0,99]
Vous sentez vous en sécurité chez vous ?	Anglais	Femmes		1	Face à face	Se 8,8% - Sp 95,8%
Dépistage assisté par ordinateur	Anglais	Femmes	Physique Sexuelle Comportement de contrôle Psychologique	79	Auto administré	RR = 2,0 [IC 0,9 à 4,1]
Formation	Anglais	Femmes	Physique Sexuelle Psychologique	-	-	En fonction des études entre OR 1,79 IC95% [1,43 – 2,23] à une multiplication par 3 du nombre de patiente dépistées sur une année

B. Forces de l'étude

Cette revue de la littérature a respecté la méthodologie PRISMA, gage de bonne qualité.

Les 2 investigateurs ont travaillé en aveugle l'un de l'autre, et en cas de discordance l'avis d'un 3^e investigateur était requis. Chaque article a été évalué selon des grilles d'évaluation validées, et les articles avec des erreurs de méthodologie ont été éliminés.

Elle s'est voulue exhaustive, sans limite de temps pour la parution des articles, ni de langue.

Elle a ainsi balayé l'ensemble des parutions recensées sur les moteurs de recherche sélectionnés (soit de 1983 à 2021). Si la majorité des articles étaient rédigés en anglais, certains étaient en espagnol, allemand ou français.

C. Biais et limites de l'étude

Les principaux **biais** de cette revue de la littérature sont les suivants.

Un biais de sélection : dans la majorité des études les médecins qui ont accepté de participer à l'étude étaient déjà intéressés par le sujet et donc sans doute plus réceptifs et impliqués à la formation. Ils n'ont pas été randomisés ou tirés au sort.

Un biais de mesure et de classement : de par l'absence d'un gold standard universel, les différentes études évaluent différemment le statut de victime de VC et la comparabilité des résultats est donc discutable. Par exemple, les classements sur auto-déclaration des patients pouvant entraîner un biais de classement s'ils ne s'identifient pas comme victimes alors qu'ils le sont.

Un biais de mémorisation : une partie des études recueille les faits de violences dans les 12 mois précédents, il y a donc théoriquement un biais de mémorisation possible. Bien qu'au vu de l'impact des VC sur la vie des victimes on peut penser qu'il soit très limité.

Un biais de confusion : d'autres éléments que les VC peuvent amener les femmes et les hommes de l'étude à déclarer des tensions dans leur couple.

Les **limites** de cette revue de la littérature résident dans le peu d'études retrouvées traitant des hommes, des adolescents et des personnes âgées. Les enfants ont volontairement été exclus des critères de la recherche.

A noter qu'aucun outil validé en France n'a été retrouvé malgré le grand nombre d'études dégagées par les équations de recherche, de même l'extrapolabilité des résultats étrangers (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Espagne) à la France est incertaine.

La majorité des articles retenus sont des études de développement qui nécessiteraient une validation et une évaluation en population générale. Certains questionnaires apparaissent beaucoup trop longs pour un usage quotidien en médecine générale, mais il pourrait être pertinent qu'ils fassent l'objet d'une consultation dédiée.

D. Perspectives de recherche

Un outil de dépistage utilisable en médecine générale doit être accepté par les patients, facile et rapide d'utilisation pour le médecin, tout en explorant l'ensemble des types de violences et en ayant des propriétés psychométriques satisfaisantes. Dans l'idéal il devrait être universel, c'est-à-dire s'intéresser aux hommes comme aux femmes, indépendamment de leur âge ou de leur orientation sexuelle.

Pour être utilisé, il doit être connu des médecins généralistes. Pour autant cela ne suffit pas, comme le montre les études étrangères où, bien qu'il y ait des outils à disposition des professionnels de santé, ces derniers ne dépistent que très rarement les VC en consultation. Il devrait donc avoir sa place dans une formation (initiale et continue) sur le sujet, permettant de sensibiliser les médecins, de leur offrir la possibilité de se familiariser avec les outils et ressources existants dans le but d'apprendre à mieux prendre en charge les victimes.

Dépister pour dépister n'a aucun intérêt, l'objectif principal étant d'améliorer la qualité de vie de nos patients. Au vu de la complexité de la problématique, il serait illusoire que le médecin généraliste puisse la prendre en charge seul, mais au travers du dépistage il ouvre la porte pour proposer une réponse adaptée au besoin et au rythme du patient.

D'autre part, sensibiliser dès le plus jeune âge aux VC pourrait permettre de lever les tabous qui les entourent. Au même titre que le harcèlement scolaire, la contraception ou la

lutte contre le tabagisme, des interventions sur ce thème pourraient être organisées dans les établissements scolaires.

Dans le même ordre d'idée, poser la question des violences dans l'interrogatoire de tout patient consultant au cabinet comme on pose la question des antécédents médicaux, de la consommation de tabac, alcool, drogue, « avez-vous déjà été victime de violence au cours de votre vie ? » permet d'ouvrir une porte. Bien souvent, le patient sera surpris de la question, et la réponse ne sera pas forcément le reflet de son vécu, mais cela permettra qu'il sache que si c'était le cas il peut en discuter au cabinet. Encore trop souvent les patients ne nous identifient pas comme des personnes ressources, à nous de le devenir !

Il faut également garder à l'esprit qu'une victime de VC ne va pas forcément s'identifier comme telle, et c'est là que le professionnel de santé a un rôle essentiel d'information, de dépistage et d'accompagnement dans cette prise de conscience du statut de victime et de ce qui en découle. Dans ce cadre, il est essentiel que le médecin généraliste ait un réseau de personnes ressources pour une prise en charge multidisciplinaire adaptée au patient. D'ici juillet 2022, les DAC - dispositifs d'appuis à la coordination - seront déployés dans toute la France. Il s'agit d'un dispositif propre à chaque territoire de santé, qui se veut être un « interlocuteur unique pour les parcours de santé et de vie complexe ». (62) Il regroupera toutes les offres de soins, les professionnels médico-sociaux et sociaux du territoire du patient, et aura pour vocation d'informer, d'orienter et d'accompagner le patient dans une prise en charge coordonnée entre les différents professionnels.

Le 2 février 2021 est paru au BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire publié par Santé Publique France) un article sur la validation d'une version française du WAST. Le BEH n'étant pas référencé dans les bases de données internationales, il n'est pas apparu dans cette revue de la littérature. Comme dans la version anglophone, on retrouve une excellente acceptabilité du WAST, avec un taux de réponse de plus de 95%, et des

performances diagnostiques équivalentes. Ainsi pour un seuil ≥ 5 , l'aire sous la courbe est de 0,99, avec une sensibilité de 97,7% et une spécificité de 97,1%, et l'alpha Cronbach à 0,95.(63) *Annexe 16*

Le WAST apparait comme le seul outil fiable de dépistage des femmes victimes de VC validé en France, avec le bémol qu'il n'est validé que pour les femmes majeures, et ne dépiste la VC que des 12 derniers mois. Il serait intéressant de le valider dans la population masculine également.

A quand une validation du WAST chez les hommes ? Ou une validation du HITS en France ?

A partir de tous ces éléments je propose ici 2 fiches d'information d'aide au dépistage et à la prise en charge des VC : une à l'attention des médecins, l'autre des patients. Elles reprennent les grandes lignes de ce que sont les violences conjugales, des conseils simples pour aider les victimes à gérer l'urgence quand la violence se présente et des ressources existantes auxquelles elles peuvent faire appel.

LES VIOLENCES CONJUGALES

« Tout comportement au sein d'une **relation intime** qui inclut des violences réalisées, tentées ou simplement menacées qui impactent la santé **physique, psychologique, sexuelle, économique** ou le simple **sentiment de bien-être** de la victime. »

Il faut les différencier des conflits conjugaux, dans ces derniers il n'y a pas de **notion de domination** et de **prise de pouvoir** d'un partenaire sur l'autre. L'auteur des violences veut contrôler et détruire son partenaire, il crée un **climat de peur et de tension permanent**.

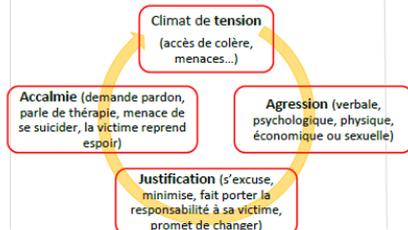
En France c'est :

- 1/10 femmes
- 7/1 000 hommes
- 1 mort tous les 3 jours
- De tous milieux socio-culturels et économiques
- De tout âge

TOUT le monde peut être VICTIME.

Sur le plan pénal c'est au minimum un DELIT.

Elles suivent un **cycle** qui se répète et s'accélère avec le temps. Il faut bien comprendre que les violences physiques n'arrivent jamais en 1^{er} et que lorsqu'elles interviennent la victime est déjà psychologiquement prisonnière de son agresseur.



CONTACTS & ADRESSES

Une prise en charge multidisciplinaire est essentielle



3919 par téléphone / ou 114 par SMS

N° Gratuit et anonyme, non repérable sur les factures téléphonique. 7/7j, de 9 à 22h du lundi au vendredi / 9h à 18h les we et jours fériés

09 51 73 44 94

SOS hommes battus. Permanence téléphonique lundi, mardi, jeudi, vendredi de 9 à 11h.

115

Demande d'hébergement d'urgence

CIDFF : centre d'information sur les droits.

Permanence juridique et psychologique

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

<https://arretonslesviolences.gouv.fr>

Retrouvez toutes les informations et les aides possibles près de chez vous. S'adresse aux femmes mais également aux hommes.

Aides pour les médecins prenant en charge des victimes de violences conjugales

- Groupes de Pairs type groupe Balint
- AAPML : 24/24h, 7/7j **0826 004 580**

Les Violences Conjugales



Guide à l'usage des médecins généralistes

DEPISTER

Oser poser la question

- De façon **systématique** à TOUS vos patients
- « C'est une question que je pose à tous mes patients, êtes vous ou avez-vous été victime de violence dans votre vie ? »
- « Les symptômes que vous présentez peuvent être liés à des violences conjugales. Est-ce votre cas ? »
- Utiliser le **WAST** : Women Abuse Screening Tool
- Dans l'idéal avoir des affiches et dépliants d'information en salle d'attente

Points d'appel

- Dépression / Trouble de l'humeur
- Addiction
- Troubles de la concentration / Insomnie
- Idées suicidaires / tentatives de suicide
- Grossesses non ou mal suivies, IVG multiples
- Partenaire toujours présent lors des csl, parle à sa place, contrôle ses faits et gestes
- Csl souvent pour des motifs variés

Facteurs de risque

- Grossesse
- Séparation du couple
- ATCD de maltraitance dans l'enfance
- ATCD de violences conjugales

PRENDRE EN CHARGE

Ecouter

- Créer un climat de confiance et d'écoute
- Seul avec le patient / Respect de la confidentialité
- Reconnaître le patient dans son statut de victime
- Ne pas mettre en doute sa parole

Expliquer et informer sur les violences conjugales, leur cycle, leurs conséquences. Rappeler qu'elles sont punies par la loi.

Evaluer le danger

- Fréquence, intensité, contexte, conséquences (fractures, hématomes, risque de suicide...)
- Dangereusité de l'agresseur : menace de mort, tentative de passage à l'acte, arme au domicile...
- Retentissement sur les enfants : rupture du comportement, rupture scolaire, repli sur soi, regression, tb alimentaire, tb du sommeil, douleurs répétées, mise en danger...
- Vulnérabilité de la victime : grossesse, isolement, handicap, épisode dépressif caractérisé...

± Signaler au Procureur

- Avec l'accord de la victime dans l'idéal
- Sans son accord si mineur ou pas en mesure de se protéger en raison de son âge, de son incapacité physique ou psychique = « vulnérabilité » (la grossesse en fait partie)

Conseils pratiques

- Identifier les soutiens et relais possibles : amis, famille, voisins...
- Informer les enfants sur la conduite à tenir : aller chez les voisins, téléphoner au 15/112/18/17...
- Scanner et enregistrer sur une boîte mail connue uniquement de la victime ou déposer en lieu sûr les documents importants (papiers identité, carte vitale, diplômes, documents bancaires, titre de propriété...) ainsi que les preuves de son dossier (CCB, dépôts plainte,...)
- Compte bancaire personnel à son nom de naissance
- Constituer un sac d'urgence avec les affaires de 1^{ère} nécessité, papiers importants...

Orienter

- Rappeler la possibilité de porte plainte / déposer une main courante ou un procès verbal de renseignement judiciaire et info sur les mesures de protections possibles
- 3919 / Associations locales
- Fixer un nouveau RDV avec vous
- Hospitaliser sans délai après appel au 15 ou hébergement d'urgence si situation jugée grave

Rédaction d'un CCB systématique

- Détermination d'une ITT : durée durant laquelle la victime a une gêne pour la réalisation des actes de la vie quotidienne (manger, se laver, se déplacer, etc...) en précisant toujours « sous réserve de complication ultérieure »
- Toujours en garder un exemplaire dans le dossier médical +/- en donner un exemplaire à la victime si elle le souhaite

PIEGES A EVITER

- Sous estimer les VC / Banaliser
- Avoir des stéréotypes sur les victimes et/ou les auteurs
- Travailler seul
- Se décourager, remettre en cause son efficacité / ses compétences
- Penser ne pas avoir le temps
- Négliger l'importance de l'emprise de l'agresseur sur la victime
- Perser que ça relève de la sphère du privé
- Prendre les décisions à la place de la victime, ne pas respecter son rythme

Messages clés à dire à la victime

- Je vous crois
- La loi interdit et punit les violences
- Vous n'y êtes pour rien
- Quelles que soient les explications et justifications, le seul responsable est l'auteur des violences
- Rien ne justifie les violences
- Vous pouvez être aidé
- Appelez le 3919 pour être informé de vos droits et connaître les associations d'aide près de chez vous
- Je vous donne un nouveau RDV

VIOLENTOMETRE

PROFITE

- Ta relation est saine quand il / elle
- Respecte tes décisions et tes goûts
 - Accepte tes amis-e-s et ta famille
 - A confiance en toi
 - Est content quand tu te sens épanouie
 - S'assure de ton accord pour ce que vous faites ensemble

VIGILANCE, DIS STOP

- Il y a de la violence quand il / elle
- T'ignore des jours quand il est en colère
 - Te fait du chantage si tu refuses de faire quelque chose
 - Rabaisse tes opinions et tes projets
 - Se moque de toi en public
 - Te manipule
 - Est jaloux en permanence
 - Contrôle tes sorties, habits, maquillage
 - Fouille tes textes, mails, applis
 - Insiste pour que tu envoies des photos intimes
 - T'isole de ta famille et de tes ami-e-s

PROTEGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE

- Tu es en danger quand il/elle
- Te traite de folle quand tu lui fais des reproches
 - « Pète les plombs » lorsque quelque chose lui déplaît
 - Te pousse, te tire, te gifle, te secoue, te frappe
 - Menace de se suicider à cause de toi
 - Te touche les parties intimes sans ton consentement
 - Menace de diffuser des photos intimes de toi
 - T'oblige à regarder des films pornos
 - T'oblige à avoir des relations sexuelles

CONTACTS & ADRESSES

Une prise en charge multidisciplinaire est essentielle



3919 par téléphone / 114 par SMS

N° Gratuit et anonyme, non repérable sur les factures téléphonique. Ecoute, information, orientation vers structures locales d'accompagnement. Pour tous. 7/7j, de 9 à 22h du lundi au vendredi 9h à 18h les we et jours fériés

09 51 73 44 94

SOS hommes battus
Permanence téléphonique lundi, mardi, jeudi, vendredi de 9 à 11h.

115

Demande d'hébergement d'urgence

CIDFF : centre d'information sur les droits. Permanence juridique et psychologique

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

<https://arretonslesviolences.gouv.fr>

Retrouvez toutes les informations et les aides possibles et disponibles près de chez vous. S'adresse aux femmes mais également aux hommes.

Les Violences Conjugales



Guide à l'usage des femmes et des hommes victimes

LES VIOLENCES CONJUGALES

« Tout comportement au sein d'une **relation intime** qui inclut des violences **réalisées, tentées** ou simplement **menacées** qui impactent la santé physique, psychologique, sexuelle, économique ou le simple sentiment de bien-être de la victime. »

Elles sont multiples :

- **Physiques** : boussoulades, coups, brûlures, séquestration
- **Verbales** : injures, menaces, cris
- **Psychologiques** : intimidation, humiliation, dévalorisation, chantage, interdiction de fréquenter les proches
- **Sexuelles** : agressions, viols
- **Matérielles** : briser ou lancer des objets
- **Economiques** : contrôle des dépenses, des moyens de paiement, interdiction de travailler
- **Confiscation de documents** : carte d'identité, carte vitale, passeport, livret de famille, carnet de santé, diplôme,...
- **Cyber-violences**

Il faut les différencier des conflits conjugaux, dans ces derniers il n'y a pas de **notion de domination** et de **prise de pouvoir** d'un partenaire sur l'autre. Les 2 partenaires sont alors sur un pied d'égalité. L'auteur des violences conjugales veut lui **contrôler** et **détruire** son partenaire, il crée un **climat de peur et de tension permanent**.

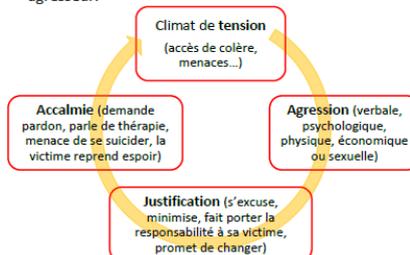
En France c'est :

- **1/10 femmes**
- **7/1 000 hommes**
- **1 mort tous les 3 jours**
- De tous milieux socio-culturels et économiques
- De tout âge

TOUT le monde peut être **VICTIME**.

Sur le plan pénal c'est au minimum un **DELIT**.

Elles suivent un **cycle** qui se répète et s'accroît avec le temps. Il faut bien comprendre que les violences physiques n'arrivent jamais en 1^{er} et que lorsqu'elles interviennent la victime est déjà psychologiquement sous l'emprise de son agresseur.



Suite à un dépôt de plainte des mesures de protection peuvent être mises en œuvre

- Interdiction de l'auteur de vous approcher / contacter
- Octroi d'un téléphone de protection
- Ordonnance de protection
- Placement en détention provisoire de l'auteur
- Etc...

NOTIONS CLEFS

- La loi interdit et punit les violences conjugales
- Vous n'y êtes pour rien
- Quelles que soient les explications et justifications, le seul responsable est l'auteur des violences
- Rien ne justifie les violences
- Vous pouvez être aidé
- Appelez le 3919 pour être informé de vos droits et connaître les associations d'aides près de chez vous
- Portez plainte / main courante
- Parlez en à votre médecin : soutien, écoute, rédaction certificat coups et blessures, etc...

CONSEILS PRATIQUES

- Identifier les soutiens et relais possibles (amis, famille,...)
- Informer vos enfants sur la conduite à tenir (aller chez les voisins, téléphoner au 15/112/18/17...)
- Scanner et enregistrer sur une boîte mail connue uniquement de vous ou déposer en lieu sûr les documents importants (papiers identité, carte vitale, diplômes, documents bancaires, titre de propriété...) ainsi que les preuves de son dossier (certificat de coups et blessures, dépôts plainte,...)
- Compte bancaire personnel à votre nom de naissance
- Constituer un sac d'urgence avec affaires de 1^{er} nécessité, papiers importants...

V. Conclusion

Les violences conjugales ne doivent pas être considérées comme une question de genre mais comme une problématique humaine. (64)

Il est indispensable d'intégrer cette problématique dans la formation de tout médecin, tous étant susceptibles de recevoir des victimes de VC. Bien évidemment le médecin généraliste a une place prépondérante de par la relation privilégiée qu'il a avec son patient, et de la connaissance qu'il peut avoir de la dynamique familiale dans laquelle il évolue, ce qui le place au centre de la stratégie de dépistage.

Pour un dépistage efficace il faut mettre à la disposition du praticien un outil fiable, rapide et sûr, acceptable pour le patient et le médecin et idéalement intégré dans un protocole de prise en charge globale et multidisciplinaire. De manière générale les victimes semblent préférer les auto-questionnaires associés à une approche centrée patient.

Sur le plan international les 2 outils clés répondant aux critères sus-cités sont le WAST et le HITS, ce dernier étant le seul validé également chez les hommes.

A ce jour, seul un questionnaire de dépistage est validé en population féminine française : le WAST.

N'oublions pas que, comme nous, les patients évoluent, et il faudra être vigilant à les dépister de façon régulière. Au même titre que nous proposons au patient de réaliser un dépistage du cancer colorectal tous les 2 ans après 50 ans ou une prise en charge personnalisée en cas de point d'appel, il faudra veiller à réaliser de façon systématique et répétée le dépistage des VC, et de faire un dépistage ciblé au moindre signe d'appel.

Tout comme la victime de violence, le médecin ne doit pas rester seul face à cette situation !

Financements et conflits d'intérêt

Cette revue de la littérature n'a pas bénéficié de financement.

Les investigateurs n'ont pas de conflit d'intérêt à déclarer sur le sujet.

Références

1. HCDH | Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes [Internet]. [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>
2. HCDH | Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
3. Istanbul : Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. 12 avr 2011;39.
4. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
5. 2006-2016 : un combat inachevé contre les violences conjugales [Internet]. [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r15-425/r15-425_mono.html#toc187
6. Gourbail L. Haute Autorité de santé : Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. 2019;58.
7. Williamson E, Jones SK, Ferrari G, Debbonaire T, Feder G, Hester M. Health professionals responding to men for safety (HERMES): feasibility of a general practice training intervention to improve the response to male patients who have experienced or perpetrated domestic violence and abuse. *Prim Health Care Res Dev*. mai 2015;16(3):281-8.
8. Lövestad S, Krantz G. Men's and women's exposure and perpetration of partner violence: an epidemiological study from Sweden. *BMC Public Health*. 2 nov 2012;12(1):945.
9. Pieters J, Italiano P, Offermans A-M, Hellemans S. Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle [Internet]. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Bruxelles. 2010 [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: https://igvm-iefh.belgium.be/fr/publications/ervaringen_van_vrouwen_en_mannen_met_psychologisch_fysiek_en_seksueel_geweld
10. Costa D, Soares J, Lindert J, Hatzidimitriadou E, Sundin Ö, Toth O, et al. Intimate partner violence: a study in men and women from six European countries. *Int J Public Health*. 1 mai 2015;60(4):467-78.
11. Rodriguez J, Burge SK, Becho J, Katerndahl DA, Wood RC, Ferrer RL. He Said, She Said: Comparing Men's and Women's Descriptions of Men's Partner Violence. *J Interpers Violence*. 27 nov 2019;0886260519888537.
12. Breiding M, Chen J, Black M. Intimate Partner Violence In the United States – 2010. 2014;National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta:96.

13. Swan SC, Gambone LJ, Caldwell JE, Sullivan TP, Snow DL. A Review of Research on Women's Use of Violence With Male Intimate Partners. *Violence Vict.* juin 2008;23(3):301-14.
14. Dutton DG, Nicholls TL. The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part 1—The conflict of theory and data. *Aggress Violent Behav.* sept 2005;10(6):680-714.
15. Hines DA, Brown J, Dunning E. Characteristics of Callers to the Domestic Abuse Helpline for Men. *J Fam Violence.* 16 févr 2007;22(2):63-72.
16. Willie TC, Kershaw TS. An ecological analysis of gender inequality and intimate partner violence in the United States. *Prev Med.* janv 2019;118:257-63.
17. Hines D., Douglas E. Symptoms of posttraumatic stress disorder in men who sustain intimate partner violence: A study of helpseeking and community samples. - *PsycNET [Internet]. Men Masc.* 12, 112–127. 2011 [cité 26 sept 2021]. Disponible sur: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0022983>
18. Simmons CA, Lehmann P, Cobb N. A comparison of women versus men charged with intimate partner violence: general risk factors, attitudes regarding using violence, and readiness to change. *Violence Vict.* 2008;23(5):571-85.
19. Laskey P, Bates EA, Taylor JC. A systematic literature review of intimate partner violence victimisation: An inclusive review across gender and sexuality. *Aggress Violent Behav.* juill 2019;47:1-11.
20. SPF. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000 [Internet]. [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/violences-envers-les-femmes-et-etat-de-sante-mentale-resultats-de-l-enquete-enveff-2000>
21. HENRION R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé Rapport au ministre délégué à la santé [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: https://livre.fnac.com/a1256316/HENRION-ROGER-Les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels-de-san?Origin=fnac_ecosia
22. Soullez Christophe, Lollivier Stéphan. Les crimes et délits enregistrés en Île-de-France, à Paris et dans le Grand Paris (2012). Rapport 2013 de l'ONDRP | Centre Hubertine Auclert [Internet]. 2013 [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/outil/les-crimes-et-delits-enregistres-en-ile-de-france-a-paris-et-dans-le-grand-paris-2012-rapport>
23. VIRAGE : Violences et Rapports de Genre [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2020 [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: <https://virage.site.ined.fr/fr/actualites/>
24. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2020 [Internet]. Ministère de l'Intérieur. [cité 2 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/actualites/dossiers/mobilisation-contre-violences-intrafamiliales/etude-nationale-sur-morts>

25. 18 mois de prison ferme pour l'ex-compagne d'un homme battu [Internet]. Franceinfo. 2015 [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/societe/justice/18-mois-de-prison-ferme-pour-l-ex-compagne-d-un-homme-battu_1695343.html
26. Page d'accueil | Arrêtons les violences [Internet]. [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>
27. Le Bars M, Lasserre E, Le Goaziou M-F. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. *Éthique Santé*. déc 2015;12(4):244-9.
28. Morin T. Femmes et hommes face à la violence. *INSEE Première*. nov 2013;men as vic(1473):4.
29. European Union, Agency for Fundamental Rights. Violence à l'égard des femmes: une enquête à l'échelle de l'UE : les résultats en bref. Luxembourg: EUR-OP; 2014.
30. Cann K, Withnell S, Shakespeare J, Doll H, Thomas J. Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers - ScienceDirect [Internet]. 2001 [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S0033350601004255?via%3Dihub>
31. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*. 21 juin 2012;12(1):473.
32. Bonds DE, Ellis SD, Weeks E, Palla SL, Lichstein P. A practice-centered intervention to increase screening for domestic violence in primary care practices. *BMC Fam Pract*. 25 oct 2006;7:63.
33. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):39-44.
34. Cochrane. Qu'est-ce que Cochrane? [Internet]. 2018 [cité 16 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=ds6lekS3ytE&feature=youtu.be>
35. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux
36. Tchouda DSD. Principe d'évaluation des tests. :40.
37. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 19 nov 2011;378(9805):1788-95.

38. Alpert EJ, Albright C, Webb S. Massachusetts Medical Society Seminar Series on Domestic Violence. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mai 1999;74(5):589-90.
39. Ashur ML. Asking about domestic violence: SAFE questions. *JAMA.* 12 mai 1993;269(18):2367.
40. Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med.* août 1998;30(7):508-12.
41. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA.* 7 mai 1997;277(17):1357-61.
42. Smith PH. Changing the health care response to battered women: a health education approach. [Internet]. The University of North Carolina at Greensboro; [cité 10 juill 2021]. Disponible sur: <http://libres.uncg.edu/ir/uncg/listing.aspx?id=2779>
43. Ahmad F, Hogg-Johnson S, Stewart DE, Skinner HA, Glazier RH, Levinson W. Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 21 juill 2009;151(2):93-102.
44. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt L-A, Worster A, et al. Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings: A Randomized Trial. *JAMA.* 2 août 2006;296(5):530-6.
45. Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *J Fam Pract.* oct 2000;49(10):896-903.
46. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med.* juin 1996;28(6):422-8.
47. Brown JB, Schmidt G, Lent B, Sas G, Lemelin J. Dépistage de la violence faite aux femmes. Epreuves de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français. *Can Fam Physician.* mai 2001;47:988-95.
48. Binfa L, Cancino V, Ugarte I, Mella M, Cavada G, Binfa L, et al. Cultural adaptation and translation of the Woman Abuse Screening Tool. *Rev Médica Chile.* mars 2018;146(3):331-40.
49. Garcia-Esteve L, Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz ML, Herreras Z, et al. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Med Clínica.* 8 oct 2011;137(9):390-7.
50. Saimen A, Armstrong E, Manitshana C, Govender I. Evaluation of a two-question screening tool in the detection of intimate partner violence in a primary healthcare setting in South Africa. *South Afr Fam Pract.* 2016;58(5):172-8.
51. Pichiule Castañeda M, Gandarillas Grande A, Pires Alcaide M, Lasheras Lozano L, Ordobás Gavín M. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general. *Gac Sanit.* juin 2019;S0213911119301177.

52. Shakil A, Bardwell J, Sherin K, Sinacore JM, Zitter R, Kindratt TB. Development of Verbal HITS for intimate partner violence screening in family medicine. *Fam Med.* mars 2014;46(3):180-5.
53. Shakil A, Donald S, Sinacore JM, Krepcho M. Validation of the HITS domestic violence screening tool with males. *Fam Med.* mars 2005;37(3):193-8.
54. Chen P-H, Rovi S, Vega M, Jacobs A, Johnson MS. Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting. *Fam Pract.* 1 déc 2005;22(6):617-23.
55. Jaeger JR, Spielman D, Cronholm PF, Applebaum S, Holmes WC. Screening male primary care patients for intimate partner violence perpetration. *J Gen Intern Med.* août 2008;23(8):1152-6.
56. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Montero-Piñar I, Vives-Cases C. The assessment of intimate partner violence in Spanish women: the index of spouse abuse. *J Interpers Violence.* nov 2011;26(16):3267-88.
57. Hegarty K, Fracgp null, Bush R, Sheehan M. The composite abuse scale: further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings. *Violence Vict.* oct 2005;20(5):529-47.
58. Soriano-Ayala E, Sanabria-Vals M, Cala VC. Design and Validation of the Scale TDV-VP Teen Dating Violence: Victimization and Perpetration [Violencia en Parejas Adolescentes: Victimización y Perpetración] for Spanish Speakers. *Int J Environ Res Public Health.* 7 janv 2021;18(2).
59. Peralta RL, Fleming MF. Screening for intimate partner violence in a primary care setting: the validity of « feeling safe at home » and prevalence results. *J Am Board Fam Pract.* déc 2003;16(6):525-32.
60. McCord-Duncan EC, Floyd M, Kemp EC, Bailey B, Lang F. Detecting potential intimate partner violence: which approach do women want? *Fam Med.* juin 2006;38(6):416-22.
61. Chen P-H, Rovi S, Washington J, Jacobs A, Vega M, Pan K-Y, et al. Randomized Comparison of 3 Methods to Screen for Domestic Violence in Family Practice. *Ann Fam Med.* sept 2007;5(5):430-5.
62. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les dispositifs d'appui à la coordination - DAC [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>
63. SPF. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool) [Internet]. [cité 16 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool>
64. McNeely RL, Cook PW, Torres JB. Is Domestic Violence a Gender Issue, or a Human Issue? *J Hum Behav Soc Environ.* déc 2001;4(4):227-51.

Annexes

Annexe 1 : Liste des articles retenus après non inclusion sur le titre PubMed

Liste des articles après non inclusion sur le titre : PubMed – Equation 1	
Titre	Référence
COVID-19 and Intimate Partner Violence: A Call to Action.	A1
The experiential expertise of primary care midwives in the detection of gender violence during pregnancy. Qualitative study.	A2
Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial.	A3
Screening women for intimate partner violence: Creating proper practice habits.	A4
Intimate Partner Violence Screening Programs in the Veterans Health Administration: Informing Scale-up of Successful Practices.	A5
Exploring Intimate Partner Violence Among Women Attending Malaysian Primary Care Clinics.	A6
Screening for intimate partner violence: the time is now	A7
Psychometrics of the Violence Nonlinear Dynamics Scale	A8
Midwives' experiences with screening for intimate partner violence in Santiago, Chile	A9
Cultural adaptation and translation of the Woman Abuse Screening Tool.	A10
Human-Centered Design for a Women's Health Screening Tool: Participant Experiences.	A11
Trying Times and Trying Out Solutions: Intimate Partner Violence Screening and Support for Women Veterans During COVID-19	A12
Violence committed by intimate partners of physicians, nurses and nursing assistants	A13
Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults	A14
Help-seeking by male victims of domestic violence and abuse (DVA): a systematic review and qualitative evidence synthesis	A15
Intimate partner violence. Types and risk in primary care health users in Cancun, Quintana Roo, Mexico]	A16
Intimate partner violence victimization: identification and response in primary care	A17
Detection of intimate partner violence in primary care and related factors	A18
Intimate Partner Violence Screening and Referral Practices in an Outpatient Care Setting	A19

Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers	A20
Intimate partner violence against women and healthcare in Australia: charting the scene	A21
Domestic violence and rape	A22
Provider Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Systematic Review of Practices and Influencing Factors	A23
Primary health care physicians' approach toward domestic violence in Tehran, Iran	A24
Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults	A25
Challenges to Detecting and Addressing Intimate Partner Violence Among Roma Women in Spain: Perspectives of Primary Care Providers	A26
Intimate partner violence: a clinical review of screening and intervention	A27
Intimate Partner Violence Screening and Response: Policies and Procedures Across Health Care Facilities	A28
Intimate partner violence - identification and response in general practice	A29
Legal duties, professional obligations or notional guidelines? Screening, treatment and referral of domestic violence cases in primary health care settings in South Africa	A30
Intimate Partner Violence Screening Practices in California After Passage of the Affordable Care Act	A31
Intimate partner violence and primary health care workers: screening and management	A32
Universal screening for intimate partner violence: a systematic review	A33
Recognizing and intervening in intimate partner violence	A34
Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review	A35
Successful integration and maintenance of screening for domestic violence in the health sector: moving beyond individual responsibility	A36
Relationship of intimate partner violence to health status, chronic disease, and screening behaviors	A37
Identifying intimate partner violence when screening for health and lifestyle issues among women attending general practice	A38
Domestic violence in women	A39
Development of Verbal HITS for intimate partner violence screening in family medicine	A40

Primary healthcare and underreporting and (in)visibility of violence against women	A41
Validation and comparison of four instruments to detect partner violence in health-care setting	A42
Comparison of screening and referral strategies for exposure to partner violence	A43
Mutable influences on intimate partner abuse screening in health care settings: a synthesis of the literature	A44
Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial	A45
Responding to intimate partner violence: Healthcare providers' current practices and views on integrating a safety decision aid into primary care settings	A46
Recognizing intimate partner violence in primary care: Western Cape, South Africa	A47
Effective gender-based violence screening tools for use in primary health care settings in Afghanistan and Pakistan: a systematic review	A48
Screening male primary care patients for intimate partner violence perpetration	A49
Enhanced definitions of intimate partner violence for DSM-5 and ICD-11 may promote improved screening and treatment	A50
Domestic violence against men in primary care in Nigeria	A51
Intimate partner violence screening practices of certified nurse-midwives	A52
GPs' perceived readiness to identify and respond to intimate partner abuse: development and preliminary validation of a multidimensional scale	A53
Reproductive violence screening in primary care: perspectives and experiences of patients and battered women	A54
Early detection and prevention of domestic violence using the Women Abuse Screening Tool (WAST) in primary health care clinics in Malaysia	A55
Screening for violence against women. Validation and feasibility studies of a French screening tool	A56
Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting	A57
Domestic violence: screening made practical	A58
A practice-centered intervention to increase screening for domestic violence in primary care practices	A59
The assessment of intimate partner violence in Spanish women: the index of spouse abuse	A60
Screening for domestic violence among adult women in the United States	A61
Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial	A62

Screening for intimate partner violence in a primary care setting: the validity of "feeling safe at home" and prevalence results	A63
Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care	A64
Missed opportunities: intimate partner violence in family practice settings	A65
Intimate partner violence. A survey conducted in the primary care setting	A66
A comprehensive model for intimate partner violence in South African primary care: action research	A67
Validity and Reliability of the Spanish Version of the "Abuse Assessment Screen" among Pregnant Women	A68
Validation of the Spanish Version of Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS)]	A69
Using the Consolidated Framework for Implementation Research to Increase Provider Screening for Intimate Partner Violence in Rural Health Clinics	A70
Ha sentido sola? Culturally competent screening for intimate partner violence in Latina women	A71
Screening for domestic violence in primary care setting	A72
Assessment of clinical partner violence screening tools	A73
Women battering in primary care practice	A74
Primary care and victims of domestic violence	A75
Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice	A76
Domestic violence and the general practitioner	A77
Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians	A78
Detecting potential intimate partner violence: which approach do women want?	A79
How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria	A80
HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting	A81
Evaluating domestic partner abuse in a family practice clinic	A82
Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice	A83
The value of intervening for intimate partner violence in South African primary care: project evaluation	A84
Domestic violence: a screening question	A85
Optimal methods to screen men and women for intimate partner violence: results from an internal medicine residency continuity clinic	A86
Primary healthcare response to family violence: a Delphi evaluation tool	A87

National screening policies in general practice: a case study of routine screening for partner abuse	A88
Detection of intimate partner violence in a general medicine practice	A89
Improving intimate partner violence detection in the primary care setting: review of the literature	A90
Intimate partner violence incidence and continuation in a primary care screening program	A91
English to Arabic translation of the Composite Abuse Scale (CAS): a multi-method approach	A92
Detection of violence against women in the family doctor clinic	A93
Validation of the short version of the Woman Abuse Screening Tool for use in primary care in Spain	A94
The composite abuse scale: further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings	A95
Detection and management of partner violence by the general practitioner	A96
Measuring the effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice	A97
Protocol to evaluate the effectiveness of a consciousness-raising and training intervention for primary care professionals, in order to improve detection of domestic violence (ISFVIDAP)	A98
Intimate partner violence: perspectives on universal screening for women in VHA primary care	A99
Practical approaches to screening for domestic violence	A100
Domestic violence: prevalence and detection in a family medicine residency clinic	A101
Gay Abuse Screening Protocol (GASP): screening for abuse in gay male relationships	A102
Assessing the psychometric properties of the Turkish version of attitudes and practice of health care providers regarding intimate partner violence survey scale	A103
A training program to improve domestic violence identification and management in primary care: preliminary results	A104
Identifying domestic violence in primary care practice	A105
Use of electronic clinical reminders to increase preventive screenings in a primary care setting: blueprint from a successful process in Kodiak, Alaska	A106
Universal screening for domestic violence in abortion	A107
Violence against women and family medicine	A108
Screening for spousal or partner abuse in a community health setting	A109

Partner violence: a systematic approach to identification and intervention in outpatient health care	A110
Establishing a screening program for abused women	A111
Validation of a scale to measure ill-treatment of women	A112
Physician detection of family violence. Do buttons worn by doctors generate conversations about domestic abuse?	A113
Routine, single-item screening to identify abusive relationships in women	A114
Screening, health promotion, and prevention in men	A115
Getting Routine Intimate Partner Violence Screening Right: Implementation Strategies Used in Veterans Health Administration (VHA) Primary Care	A116

Liste des articles après non inclusion sur le titre : PubMed – Equation 2	
Titre	Référence
Towards the development of an intimate partner violence screening tool for gay and bisexual men	A118
Screening of women for intimate partner violence: a pilot intervention at an outpatient department in Tanzania	A119
Male victims of partner violence: prevalence and accuracy of screening tools	A120
Violence committed by intimate partners of physicians, nurses and nursing assistants	A13
Listening to the "HITS:" Screening for IPV in African American Co-Parents of Young Children	A117
Design and Validation of the Scale TDV-VP Teen Dating Violence: Victimization and Perpetration [Violencia en Parejas Adolescentes: Victimización y Perpetración] for Spanish Speakers	A127

Liste des articles après non inclusion sur le titre : PubMed – Equation 3	
Titre	Référence
Validation of the HITS domestic violence screening tool with males	A121
Abuse assessment screen (AAS) questionnaire: the Greek validation	A122
Validation of the Spanish version of the Index of Spouse Abuse	A123
Identifying intimate partner violence (IPV) during the postpartum period in a Greek sample	A124
The Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA) - Validity und authorised German translation of an intimate partner violence screening tool	A125
Screening for violence against women. Validation and feasibility studies of a French screening tool	A56

Validation and comparison of four instruments to detect partner violence in health-care setting	A42
Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting	A57
Intimate partner violence: a clinical review of screening and intervention	A27
Validation of the short version of the Woman Abuse Screening Tool for use in primary care in Spain	A96
Screening for intimate partner violence in a primary care setting: the validity of "feeling safe at home" and prevalence results	A63

Liste des articles après non inclusion sur le titre : PubMed – Equation 4

Titre	Référence
Development of a brief measure of intimate partner violence experiences: the Composite Abuse Scale (Revised)-Short Form (CASR-SF)	A126

Annexe 2 : Liste des articles retenus après non inclusion sur le titre Cochrane Library

Liste des articles après non inclusion sur le titre : Cochrane Library – Equation 1	
Titre	Référence
Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial	B1
Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial	B2
Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial	B3
Computer-assisted Screening for Intimate Partner Violence in Family Practice	B4
Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice	B5
Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): a cluster randomised trial	B6
Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial	B7
Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial	B8
Detection of domestic violence against women. Survey in a primary health care clinic	B9
Domestic violence: a screening question	B10
Identification and management of domestic violence: a randomized trial	B11
Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care	B12
Comparison of screening and referral strategies for exposure to partner violence	B13
Exploring Intimate Partner Violence Among Women Attending Malaysian Primary Care Clinics	B14
Intimate Partner Violence (IPV) Screening in Health Care Clinics in Rural South Carolina	B15
Protocol to evaluate the effectiveness of a consciousness-raising and training intervention for primary care professionals, in order to improve detection of domestic violence (ISFVIDAP)	B16

Liste des articles après non inclusion sur le titre : Cochrane Library – Equation 2	
Titre	Référence
Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial	B17 = B1
"Between me and the computer": increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire	B18

Liste des articles après non inclusion sur le titre : Cochrane Library – Equation 3	
Titre	Référence
Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice	B5

Liste des articles après non inclusion sur le titre : Cochrane Library – Equation 4	
Titre	Référence
-	-

Annexe 3 : Liste des articles retenus après non inclusion sur le titre : Web Of Science

Liste des articles après non inclusion sur le titre : Web Of Sciences – Equation 1	
Titre	Référence
Midwives' experiences with screening for intimate partner violence in Santiago, Chile	C1
Validation of the short version of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) in the general population	C2
Intimate Partner Violence Screening and Referral Practices in an Outpatient Care Setting	C3
Pilot of a screening, brief intervention and referral to treatment process for symptoms of trauma among primary care patients	C4
Intimate Partner Violence Screening Programs in the Veterans Health Administration: Informing Scale-up of Successful Practices	C5
Intimate Partner Violence Before and During Pregnancy, and Prenatal Counseling Among Women with a Recent Live Birth, United States, 2009-2015	C6
Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement	C7
Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers	C8
Legal duties, professional obligations or notional guidelines? Screening, treatment and referral of domestic violence cases in primary health care settings in South Africa	C9
Cultural adaptation and translation of the Woman Abuse Screening Tool	C10
Provider Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Systematic Review of Practices and Influencing Factors	C11
Detection of intimate partner violence in primary care and related factors	C12
Consistency and sources of divergence in recommendations on screening with questionnaires for presently experienced health problems or symptoms: a comparison of recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care, UK National Screening	C13
Intimate Partner Violence Screening Practices in California After Passage of the Affordable Care Act	C14
Evaluation of a two-question screening tool in the detection of intimate partner violence in a primary healthcare setting in South Africa	C15

Intimate Partner Violence Screening and Response: Policies and Procedures Across Health Care Facilities	C16
English to Arabic Translation of the Composite Abuse Scale (CAS): A Multi-Method Approach	C17
Measuring the effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice	C18
Recognizing Intimate Partner Violence in Primary Care: Western Cape, South Africa	C19
Identifying intimate partner violence when screening for health and lifestyle issues among women attending general practice	C20
Comparison of Screening and Referral Strategies for Exposure to Partner Violence	C21
The Assessment of Intimate Partner Violence in Spanish Women: The Index of Spouse Abuse	C22
Validation and comparison of four instruments to detect partner violence in health- care setting	C23
Optimal Methods to Screen Men and Women for Intimate Partner Violence: Results From an Internal Medicine Residency Continuity Clinic	C24
Domestic violence: A screening question	C25
Screening for domestic violence in primary care setting	C26
Computer-Assisted Screening for Intimate Partner Violence and Control A Randomized Trial	C27
Detection of Intimate Partner Violence in a General Medicine Practice	C28
Intimate Partner Violence Screening and Brief Intervention: Experiences of Women in Two New Zealand Health Care Settings	C29
Who is identified by screening for intimate partner violence?	C30
Detection of violence against women in the family doctor clinic	C31
Validation of the short version of the Woman Abuse Screening Tool for use in primary care in Spain	C32
Early Detection and Prevention of Domestic Violence Using the Women Abuse Screening Tool (WAST) in Primary Health Care Clinics in Malaysia	C33
Ha sentido sola? Culturally competent screening for intimate partner violence in Latina women	C34
Screening domestic violence - A German-language screening instrument for domestic violence against women	C35
Gay Abuse Screening Protocol (GASP): Screening for abuse in gay male relationships	C36

Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice	C37
Screening for domestic violence among adult women in the United States	C38
Using indirect questions to detect intimate partner violence - The SAFE-T questionnaire	C39
Utility of STaT for the identification of recent intimate partner violence	C40
Intimate partner violence screening practices of certified nurse-midwives	C41
Intimate partner violence and patient screening across medical specialties	C42
Recognizing and intervening in intimate partner violence	C43
Screening for partner violence: Direct questioning or self-report?	C44
Screening for intimate partner violence in a primary care setting: The validity of "feeling safe at home" and prevalence results	C45
Communicating with patients about intimate partner violence: Screening and interviewing approaches	C46
An assessment of a brief screening tool for domestic violence in an urban primary care population.	C47
Missed opportunities: Intimate partner violence in family practice settings	C48
Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care	C49
Determination of violence against women - Validity and reliability testing of a french language assessment instrument	C50
Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting	C51
Identifying domestic violence in primary care practice	C52

Liste des articles après non inclusion sur le titre : Web Of Sciences – Equation 2	
Titre	Référence
Identifying Male Victims of Partner Abuse: A Review and Critique of Screening Instruments	C53
Measures for screening for intimate partner violence: a systematic review	C54
Screening of women for intimate partner violence: a pilot intervention at an outpatient department in Tanzania	C55
"Between me and the computer": Increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire	C56
RADAR 2002: Acceptability of a protocol for the detection of intimate partner violence perpetration and victimization among men and women.	C57
Validation of the HITS domestic violence screening tool with males	C58
Male victims of partner violence: Prevalence and accuracy of screening tools	C59

Liste des articles après non inclusion sur le titre : Web Of Sciences – Equation 3	
Titre	Référence
Validation of the HITS domestic violence screening tool with males	C58
Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings A Randomized Trial	C60
Abuse Assessment Screen (AAS) questionnaire: the Greek validation	C61
Validation and comparison of four instruments to detect partner violence in health- care setting	C23
Development and Validation of the Family Law DOORS	C62

Liste des articles après non inclusion sur le titre : Web Of Sciences – Equation 4	
Titre	Référence
Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice	C37

Annexe 4 : Liste des doublons

Liste des doublons				
Titres	Bases de données			Références
	PubMed	Cochrane Library	Web of Science	
Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial	x	x	x	A45 B1 / B17 C27
Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial	x	x		A62 B2
Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial	x	x		A3 B3
Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice	x	x	x	A83 B5 C37
Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial	x	x		A62 B8
Domestic violence: a screening question	x	x	x	A85 B10 C25
Comparison of screening and referral strategies for exposure to partner violence	x	x		A43 B13
Exploring Intimate Partner Violence Among Women Attending Malaysian Primary Care Clinics	x	x		A6 B14
Protocol to evaluate the effectiveness of a consciousness-raising and training intervention for primary care professionals, in order to improve detection of domestic violence (ISFVIDAP)	x	x		A98 B16
Midwives' experiences with screening for intimate partner violence in Santiago, Chile	x		x	A9 C1

Intimate Partner Violence Screening and Referral Practices in an Outpatient Care Setting	x		x	A19 C3
Intimate Partner Violence Screening Programs in the Veterans Health Administration: Informing Scale-up of Successful Practices	x		x	A5 C5
Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers	x		x	A20 C8
Legal duties, professional obligations or notional guidelines? Screening, treatment and referral of domestic violence cases in primary health care settings in South Africa	x		x	A30 C9
Cultural adaptation and translation of the Woman Abuse Screening Tool	x		x	A10 C10
Provider Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Systematic Review of Practices and Influencing Factors	x		x	A23 C11
Detection of intimate partner violence in primary care and related factors	x		x	A18 C12
Intimate Partner Violence Screening Practices in California After Passage of the Affordable Care Act	x		x	A31 C14
Intimate Partner Violence Screening and Response: Policies and Procedures Across Health Care Facilities	x		x	A28 C16
English to Arabic Translation of the Composite Abuse Scale (CAS): A Multi-Method Approach	x		x	A92 C17
Measuring the effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice	x		x	A97 C18
Recognizing Intimate Partner Violence in Primary Care: Western Cape, South Africa	x		x	A47 C19

Identifying intimate partner violence when screening for health and lifestyle issues among women attending general practice	x		x	A38 C20
Comparison of Screening and Referral Strategies for Exposure to Partner Violence	x		x	A43 C21
The Assessment of Intimate Partner Violence in Spanish Women: The Index of Spouse Abuse	x		x	A60 C22
Optimal Methods to Screen Men and Women for Intimate Partner Violence: Results From an Internal Medicine Residency Continuity Clinic	x		x	A86 C24
Screening for domestic violence in primary care setting	x		x	A72 C26
Detection of Intimate Partner Violence in a General Medicine Practice	x		x	A89 C28
Detection of violence against women in the family doctor clinic	x		x	A93 C31
Validation of the short version of the Woman Abuse Screening Tool for use in primary care in Spain	x		x	A94 C32
Early Detection and Prevention of Domestic Violence Using the Women Abuse Screening Tool (WAST) in Primary Health Care Clinics in Malaysia	x		x	A55 C33
Ha sentido sola? Culturally competent screening for intimate partner violence in Latina women	x		x	A71 C34
Gay Abuse Screening Protocol (GASP): Screening for abuse in gay male relationships	x		x	A102 C36
Screening for domestic violence among adult women in the United States	x		x	A61 C38
Intimate partner violence screening practices of certified nurse-midwives	x		x	A52 C41

Screening for intimate partner violence in a primary care setting: The validity of "feeling safe at home" and prevalence results	x		x	A63 C45
Missed opportunities: Intimate partner violence in family practice settings	x		x	A65 C48
Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care	x		x	A64 C49
Identifying domestic violence in primary care practice	x		x	A105 C52
Screening of women for intimate partner violence: a pilot intervention at an outpatient department in Tanzania	x		x	A119 C55
Male victims of partner violence: Prevalence and accuracy of screening tools	x		x	A120 C59
Validation of the HITS domestic violence screening tool with males	x		x	A121 C58
Abuse Assessment Screen (AAS) questionnaire: the Greek validation	x		x	A122 C61
"Between me and the computer": increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire		x	x	B18 C56
Validation and feasibility studies of a French screening tool	x		x	A56 C50

Annexe 5 : Motifs de non inclusion après lecture du résumé

Tableau des motifs de non inclusion après lecture du résumé			
Référence	Motif d'exclusion	Référence	Motif d'exclusion
A2	Etude qualitative	A84	Bénéfices du dépistage
A4	Prise en charge	A85	Prévalence des VC et données socio démographiques des victimes
A6	Prévalence	A87	Programme d'intervention
A7	Pas au format IMRAD	A88	Hors sujet
A8	Hors sujet	A89	Prévalence
		A90	Revue de la littérature
A9	Freins au dépistage	A91	Incidence
A11	Etude qualitative	A93	Prévalence des victimes de VC consultant en médecine générale
A12	Pas au format IMRAD	A95	Pas au format IMRAD
A13	Prévalence	A96	Prise en charge
A14	Revue de la littérature	A97	Impact de la formation sur la prise en charge
A15	Ressentis des patients	A98	Protocole d'étude
A16	Prévalence	A99	Pas de résumé de l'article
A17	Pas au format IMRAD	A100	Pas de résumé
A18	Prévalence et FdR	A101	Taux de détection des VC
A19	Obstacles au dépistage	A102	Niveau d'aisance des patients et des médecins lors de l'utilisation du WAST
A20	Obstacles au dépistage	A103	Propriétés psychométriques de la version turque de l' APHCPs-IPV
A21	Pas au format IMRAD	A105	Pas au format IMRAD
A22	Pas au format IMRAD	A106	Hors sujet
A23	Revue de la littérature	A107	Revue de la littérature
A24	Fréquence du dépistage	A108	Evaluation des connaissances des médecins
A25	Pas au format IMRAD	A109	Pas au format IMRAD
A26	Freins au dépistage	A111	Pas au format IMRAD

A27	Pas au format IMRAD	A114	Caractéristiques des femmes victimes
A28	Prévalence du dépistage des VC	A115	Pas au format IMRAD
A29	Pas format IMRAD	A116	Etat des lieux
A30	Législation	A117	Hors sujet
A31	Prévalence du dépistage	A119	Etude de faisabilité du dépistage en Tanzanie
A32	Etat des lieux du dépistage	A120	Milieu hospitalier
A33	Revue de la littérature	A125	Pas au format IMRAD
A34	Pas au format IMRAD	B4	Pas au format IMRAD
A35	Revue de la littérature	B7	Prise en charge
A36	Freins du dépistage	B9	Prévalence
A37	Lien entre pb de santé et VC	B12	Efficacité du dépistage
A38	Acceptabilité du dépistage des VC	B15	Pas format IMRAD
A39	Pas au format IMRAD	B18	Pas en soins primaires
A41	Prévalence du dépistage des VC	C4	Hors sujet
A43	Pas en médecine générale	C6	Prévalence
A44	Revue de la littérature	C7	Recommandations
A46	Prévalence du dépistage des VC	C13	Revue de la littérature
A47	Revue de la littérature	C29	Etude qualitative
A48	Revue de la littérature	C39	Pas en médecine générale
A50	Pas au format IMRAD	C40	Pas en médecine générale
A51	Prévalence	C42	Prévalence
A52	Description des pratiques des SF	C43	Pas format IMRAD
A53	Etude qualitative sur la formation médicale	C46	Revue de la littérature
A54	Hors sujet comment les femmes veulent qu'on aborde la question des VC	C47	Pas de résumé / pas IMRAD
A55	Intérêt du dépistage des VC	C53	Pas au format IMRAD
A58	Pas au format IMRAD	C54	Revue littérature

A61	Taux de dépistage	C57	Pas format IMRAD
A64	Prévalence	C60	Hors sujet
A65	Taux de documentation de la VC	C62	Hors sujet
A66	Prévalence		
A69	Evaluation des professionnels		
A70	Freins au dépistage des VC		
A71	Pas en médecine générale		
A72	Hors sujet		
A73	Prévalence		
A75	Hors sujet		
A77	Prise en charge VC		
A78	Etat des lieux du dépistage		
A80	Revue de la littérature		

Annexe 6 : Articles non trouvés en intégralité

Articles non trouvés en intégralité				
A42	A82	A104	A110	A113

Annexe 7 : Motifs de non inclusion après lecture de l'article

Tableau des motifs de non inclusion après lecture de l'article			
Référence	Motif d'exclusion	Référence	Motif d'exclusion
A1	Pas en médecine de ville	A124	Pas en médecine générale (maternité)
A67	Adaptation d'un protocole de prise en charge des VC, pas de dépistage	C2	Pas en médecine générale
A92	Etude de validité et de fiabilité à faire	C30	Critère de jugement principal : Prévalence
A122	Pas en médecine générale (maternité)	C44	Pas en médecine de ville

Annexe 8 : Articles de mauvaise qualité méthodologique : exclus

Etudes de mauvaise qualité exclues			
A5	Méthodologie non pertinente	A123	Pas d'évaluation des caractéristiques du test, gold standard peu pertinent
A68	Nombre sujets nécessaires non atteint	A126	Pas d'analyse de la qualité de l'outil
A74	Ne répond pas à la question posée	B6	Multiples critères de jugement principal
A86	Nombre sujets nécessaires non atteint	B11	Pas d'objectif principal
A112	Méthodologie non pertinente	C35	L'objectif de l'étude n'est pas clairement défini
A118	Pas de seuil de positivité, ne conclue pas sur le critère de jugement principal		

Annexe 9 : Articles retenus pour l'analyse

	Titre, auteur principal	Année Revue	Méthode	Facteur étudié	Population étudiée	Pays	N	Résultats Biais/ Limites Niveau de preuve
A3	Feder G Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial.	Lancet Lond Engl. 19 nov 2011 ;378(9805):1788-95.	Essai contrôlé, randomisé, en grappe Etude de supériorité 2 groupes par randomisation informatique (formation / pas de formation) de 24 praticiens sur 2 sites de soins primaires en milieu urbain Evaluation des pratiques à 1an de la formation.	Impact de la formation des médecins sur le dépistage et l'orientation des femmes victimes de VC	Femmes ≥ 16 ans consultant en médecine générale	Royaume Uni	7142	Trois fois plus de femmes identifiées dans le groupe formation Limites : 1. Femmes identifiées VVC mais refus orientation 2. Etude menée que chez les médecins informatisés <u>NP</u> : 3
A10	Binfa L Cultural adaptation and translation of the Woman Abuse Screening Tool.	Rev Médica Chile. mars 2018;146(3):331-40.	Traduction du WAST en espagnol puis soumission du test à - 16 femmes victimes de VC - 28 femmes sans ATCD de VC	Adaptation du WAST pour la détection précoce des VC en soins primaires	- Femmes venant de centre d'aides pour la prise en charge de VC - Femmes sans ATCD de VC rapporté dans leur dossier	Chili	44	Le seuil de 15 points a été défini pour déterminer une histoire de VC avec une Se 100% et une Sp de 96% <u>NP</u> : 4

A40	Shakil A Development of Verbal HITS for intimate partner violence screening in family medicine.	Fam Med. mars 2014;46(3):180-5.	Etude diagnostique. 1. Modification du HIST pour en faire une version orale, soumis à 210 femmes qui ont permis la validation du HITS. Femmes de ≥ 21 ans, en couples depuis au moins 12mois. 2. Lors d'une csl standard, administration du HITS écrit + oral à 103 femmes de ≥ 21ans et en couples depuis plus de 12mois.	Adaptation orale du HITS avec réponse par OUI/NON aux questions	Femmes adultes en consultation de routine ≥ 21ans En couple depuis ≥ 12mois	USA	103	Les réponses obtenues sont identiques dans 83% des cas, mais le HITS reste plus performant que le HITS oral. HITS verbal validé que chez les femmes. <u>NP</u> : 2
A45	Ahmad F Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial.	Ann Intern Med. 21 juill 2009;151(2):93-102.	Essais randomisé par ordinateur, avec taille de bloc de 2 et 4, analyse des résultats en aveugle de l'intervention. - 144 femmes outil informatisé - 149 femmes soins habituels Logiciel informatique appelé « Promouvoir la santé » comprenant 79 questions sur divers sujets dont les VC. Il	Intérêt du dépistage assisté par ordinateur pour créer l'opportunité de discuter des VC avec leur médecin et augmenter la fréquence de détection des VC par rapport à soins médicaux standard.	Femmes ≥ 18 ans, en couple actuel ou récent (au cours des 12 derniers mois), Sachant lire et écrire l'anglais	Canada	293	<ul style="list-style-type: none"> - L'intervention a augmenté les opportunités pour discuter de l'IPVC (risque relatif ajusté, 1,4 [IC, 1,1 à 1,9]) - Détection accrue de l'IPVC (risque relatif ajusté, 2,0 [IC, 0,9 à 4.1]). - Bonne acceptabilité - Méfiance des femmes vis-à-vis de la confidentialité des données informatiques <u>NP</u> : 1

			délivre des fiches d'informations en fin de session. Médecin comme patients étaient en aveugle du but de l'étude. Entretien avec le médecin enregistré, puis analysé en double aveugle.					
A49	Jaeger JR Screening male primary care patients for intimate partner violence perpetration.	J Gen Intern Med. août 2008;23(8):1152-6.	Etude transversale Les hommes ont été dépistés lors de visites de routine par protocole « RADAR for Men », puis on leur a remis le CTS2 à remplir et renvoyer de manière anonyme.	Déterminer si les hommes divulguent d'actuelles VC à la demande lors d'une consultation en soins primaires	Hommes consultant en 1 ^{er} recours	USA	128	Les hommes semblent sous-déclarer d'actuelles VC lors de rencontres en face à face, mais peuvent plus facilement signaler des VC passées. Limites : petite taille de l'échantillon <u>NP</u> : 2
A56	Brown JB Dépistage de la violence faite aux femmes. Epreuves de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français.	Can Fam Physician. mai 2001;47:988-95.	Les réponses à la version française du WAST, WAST-short, l'Abuse Risk Inventory et le niveau d'aise des participantes ont été comparés.	Validation du WAST et du WAST-Short en langue française au Canada	Femmes victimes de VC résidant dans des refuges ou foyers pour victimes de VC	Canada	46	Très bonne cohérence interne du WAST coefficient α 0.95, outil fiable et discriminant. WAST-short moins fiable. 78.3% de dépistage dans sa version française contre 91.7% dans la version anglophone. Limites : faible taille échantillon, les investigateurs connaissaient le statut des femmes qu'ils interrogeaient, et les femmes connaissaient les investigateurs.

									NP : 2/3
A57	Chen P-H Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting.	Fam Pract. 1 déc 2005;22(6):617-23.	Dépistage par 3 étudiants en médecine ayant suivi la même formation. Les femmes remplissaient le HITS et deux autres outils déjà validés : Index of Spouse Abuse-Physical Scale (ISA-P) et le WAST. Les femmes remplissaient les questionnaires en anglais ou en espagnol selon leur préférence.	1 ^{er} : Evaluer si la version anglaise de HITS est utile pour milieux cliniques à prédominance hispanique 2 nd : valider une version espagnole de HITS et déterminer le seuil scores de HITS pour différencier les victimes et non-victimes parmi les femmes non anglophones.	- Femmes - ≥ 18 ans - Actuellement en couple - En consultation de médecine générale - En milieu urbain	USA	202	<ul style="list-style-type: none"> - L'aire sous la courbe (AUC) pour Le HITS anglais était de 0,99, en utilisant ISA-P comme critère. L'anglais HITS s'est avéré efficace comme outil de dépistage (P <0,001). - Les patients qui parlent anglais Score HITS > 10 ou score HITS espagnol > 5,5 sont identifiés comme victimes de la violence. - Les alphas de Cronbach à 0,76 et 0,61 pour la version anglaise et la version espagnole du HITS, respectivement. - Administrée en 1^{er} des 3 test et analysée seule, la version espagnole du HITS avait une fiabilité de 0,71. - Pour les versions anglaise et espagnole, HITS était significativement corrélé à ISA-P et WAST (P <0,001). - La version anglaise HITS avait une sensibilité de 86% et une spécificité de 99%. Un score seuil de 5,5 pour la version espagnole HITS a atteint une sensibilité de 100% et une spécificité de 86%. - HITS : bonne fiabilité et validité en anglais. La version 	

								<p>espagnole de HITS a montré une fiabilité modérée et une bonne validité chez les patients hispanophones.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indemnité de 10\$ par participante - Faible taux de réponse - HITS ne dépiste pas les violences sexuelles <p><u>NP</u> : 2</p>
A59	<p>Bonds DE</p> <p>A practice-centered intervention to increase screening for domestic violence in primary care practices.</p>	<p>BMC Fam Pract. 25 oct 2006;7:63.</p>	<p>Une intervention a eu lieu dans 15 cabinets de soins primaires, étaient désignés deux personnes pour être personnes ressources en VC. Elles ont suivi une formation sur le dépistage des VC, puis ont réalisé 3 sessions de formations des membres de leur cabinet. Dans ce cadre, les cabinets ont sélectionné l'instrument de dépistage, l'éducation des patients, le matériel et le contenu les mieux adaptés à leur environnement. L'efficacité a été évaluée à l'aide d'un</p>	<p>Une intervention de formation centrée sur la pratique permet-elle d'augmenter le dépistage des VC ?</p>	<p>Patientes vues au cours des 12 derniers mois au cabinet ≥ 18ans Parlant anglais et en capacité de comprendre les questions au téléphone</p> <p>Certains cabinet dépistaient également les hommes mais seules les femmes sont entrées dans l'analyse.</p>	<p>USA</p>	<p>15</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation absolue du dépistage de 10% (plage d'augmentation de 0 à 22%). - Les patientes étaient 79% plus susceptibles d'avoir été dépistées après intervention (OR 1,79, IC à 95% 1,43–2,23). - 7 cabinets ont utilisé l'outil SAFE - 4 les questions du Massachusetts Séminaires de la société médicale sur la violence domestique - 2 le Partner Violence Screen - 2 le HITS <p>Limites : nombre faible de structures participantes, biais possibles d'autres intervention expliquant l'augmentation du dépistage (campagne de</p>

			avant / après par enquête téléphonique transversale auprès d'une sélection aléatoire de patientes de chaque cabinet. Etude sur 3 ans.					prévention, amélioration de la formation des jeunes médecins...) Indemnisation de 1500\$ pour chaque cabinet participant <u>NP</u> : 3
A60	Plazaola-Castaño J The assessment of intimate partner violence in Spanish women: the index of spouse abuse.	J Interpers Violence. nov 2011;26(16):3267-88.	Les patientes éligibles étaient invitées à participer à l'étude lors de la consultation avec leur médecin. Elles remplissaient ensuite l'ISA seule avant de le mettre sous enveloppe confidentielle et de le restituer au praticien. Puis étude de la cohérence et de la validité. ISA VS GHQ-12	Cohérence interne et la validité de la Version espagnole de l'Index of Spouse Abuse (ISA)	Femmes de 18 à 70 ans consultant dans un des 547 centres de soins de santé primaires à travers le pays participant à l'étude. Etaient exclues les patientes - Analphabètes - Ne comprenant pas l'Espagnol - Ayant de graves troubles cognitifs - Etant accompagnées lors de la consultation	Espagne	8995	- Outil fiable de dépistage - Grande acceptabilité et facilité à remplir - Les femmes qui ont déclaré être en très mauvaise santé et/ou une détresse psychologique avaient des scores significativement plus élevés dans les 4 facteurs ISA que celles qui ont déclaré être en très bonne santé, et la violence augmente avec l'aggravation de l'état de santé perçue ($p < 0,001$) - L'alpha Cronbach entre 0,82 (facteur sexuel) et 0,92 (facteur émotionnelle) Limites : - Ne concerne que les relations hétérosexuelles - Pas de Se ni de Sp <u>NP</u> : 4
A62	MacMillan HL Approaches to Screening for Intimate	JAMA. 2 août 2006;296(5):530-6.	Essais randomisé par jour de consultation en fonction du type d'intervention :	Comparaison de 2 instruments de dépistage avec l'objectif de déterminer une	Femmes consultant soit dans un service d'urgence, soit en médecine	Canada	2461	Caractéristiques des tests - Les sensibilités (PVS, 49,2%; WAST, 47,0%) ainsi que les spécificités (PVS, 93,7%;

	<p>Partner Violence in Health Care Settings: A Randomized Trial.</p>		<p>ordinateur, écrit ou entretien face à face. Le Partner Violence Screen (PVS) et le Woman Abuse Screening Tool (WAST) ont été administrés et comparés au Composite Abuse Scale (CAS) comme critère de référence</p>	<p>méthode optimale (ordinateur, écrit, face à face) de dépistage des VC dans les établissements de soins de santé, basé sur 3 critères:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévalence à 12 mois - Etendue des données manquantes - Préférence des participants 	<p>générale soit en santé des femmes.</p> <p>Femmes anglophones âgées de 18 à 64 ans et consultant seules, en état de donner leur consentement.</p>		<p>WAST, 95,6%) étaient très similaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La valeur prédictive positive du WAST (55,3%) était légèrement plus élevée que pour le PVS (47,0%) et les valeurs prédictives négatives étaient presque les mêmes (PVS, 94,2%; WAST, 94,0%), avec des précisions très similaires (PVS, 89,2%; WAST, 90,6%). <p>Mode de recueil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le dépistage informatisé n'augmente pas la détection - Ecrit : moins de données manquantes - Il semble que le questionnement direct par les cliniciens est moins accepté par rapport aux auto-évaluation, qu'elles soient faites par ordinateur, cassette audio ou questionnaire écrit <p>Préférence et confidentialité : Méthodes informatisées et écrites sont préférées au face à face</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilité: informatisé [2 1 = 21,5; P .001] et écrit [2 1 = 92,1; P .001]; - Préférence: informatisé [2 1 = 121,1; P .001] et écrit [2 1 = 107,0; P .001];
--	--	--	---	--	---	--	--

								<ul style="list-style-type: none"> - Confidentialité: informatisé [2 1 = 36,7; P .001] et écrit [2 1 = 46,4; P .001]). - Il n'y avait pas statistiquement interactions significatives entre instrument et méthode. <p>Limite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sous-estimation des Se des outils utilisé car gold standard CAS qui comprend beaucoup plus d'éléments. <p><u>NP</u> : 1</p>
A63	<p>Peralta RL</p> <p>Screening for intimate partner violence in a primary care setting: the validity of « feeling safe at home » and prevalence results.</p>	<p>J Am Board Fam Pract. déc 2003;16(6):525-32.</p>	<p>Questionnaire de santé général comprenant le Conflict Tactics Scale (CTS), échelles de dépression et de consommation d'alcool, et une question de sécurité personnelle (« Au cours des 3 derniers mois, vous êtes-vous senti en sécurité chez vous? »)</p> <p>Les CTS ont été comparés à leurs réponses aux Question "Sécurité". Indication de se sentir « en danger » étaient considérées positif pour les VC. Les femmes qui ont signalé se sentir «en sécurité»</p>	<p>Se et Sp de la question « vous sentez vous en sécurité chez vous ? »</p>	<p>Femmes anglophones de 18 à 36 ans, volontaires, consultant en médecine générale</p>	<p>USA</p>	<p>399</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 93,9% ont déclaré se sentir en sécurité, mais 43% d'entre-elles ont été victimes de VC au cours des 3 derniers mois - Seulement 8,8% de celles qui ont subi une forme quelconque de violence n'indiquaient pas se sentir en sécurité à la maison (sensibilité) - Sp 95,8% <p>Limite : patientes rémunérées pour participer (5\$), probable biais de sélection</p> <p>Les femmes peuvent interpréter la question du sentiment de sécurité à la maison comme la question des délits de quartier tels que les cambriolages, qui sont perçus comme impliquant des étrangers. L'étude démontre que la question de sécurité manque de précision et</p>

			à la maison étaient considérées comme négatif.					de référence à une relation de couple. NP : 2
A76	Brown JB Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice.	Fam Med. juin 1996;28(6):422-8.	Etude de validation. Femmes victimes et non victimes répondent au WAST puis au WAST-short et précisement si elles sont à l'aise pour y répondre. + réponse au ARI pour étudier la validité du WAST. En aveugle du groupe d'attribution (V/NV)	Développe un outil de dépistage en médecine générale pour identifier les femmes victimes de violences physiques et/ou émotionnelles	- Femmes victimes recrutées sur la base du volontariat dans un centre d'aides pour victimes de VC - Témoins recrutés parmi les contacts de l'investigateur principal, en leur demandant de ne pas participer si ils avaient été victimes de VC	Canada	24 dans chaque bras = 48	- Coefficient alpha 0.95 - Bonne validité interne - Bonne corrélation avec l'ARI (r=0.96, P<0.001) - WAST Short : Se 91.7% Limites - Faible taille échantillon - Mode de sélection des témoins : risque de biais - Différence significative entre les 2 groupes qui ne sont pas comparables - Pas de Se ni Sp NP : 4
A79	McCord-Duncan EC Detecting potential intimate partner violence: which approach do women want ?	Fam Med. juin 2006;38(6):416-22	Femmes étaient invitées à visionner une vidéo de 5min présentant une consultation de médecine générale où la patiente est victime de VC, et les différentes méthodes que le médecin met en place pour le dépister (PVS, WAST, approche centrée patient).	Quel est l'outil préféré par les femmes lors du dépistage entre - Partner Violence Screen (PVS), - Short Woman Abuse Screening Tool (WAST)	Femmes de ≥ 18 ans en salle d'attente de médecine générale ne présentant pas de signe évident d'inconfort physique	USA	97	- L'approche centrée patiente était préférée (z = -4.12, P <.001), suivie de près par le WAST (z = -5.01, P <.001). - Le PVS est décrit comme à éviter par la moitié des femmes interrogées - Le statut victime / non victime n'a pas influencé la réponse des femmes

			<p>Puis elles remplissent un questionnaire comprenant des informations socio démographiques, le fait qu'elles soient elles-mêmes victimes ou non de VC, puis elles évaluaient la méthode de dépistage comme suit :</p> <p>« Vous avez passé en revue trois ensembles de réponses possibles à ce scénario. Quelle série de questions préférez-vous que votre médecin vous pose? Classez de 1 à 3, 1 étant votre meilleur choix. »</p> <p>Puis on leur a demandé si l'une des méthodes devrait être évité. Troisièmement, on leur a demandé d'évaluer chaque des trois méthodes sur une échelle analogique selon si « j'aimerais que mon médecin réponde de cette façon », « Je me sentirais à l'aise avec cette réponse », «</p>	- Une approche centrée patient (PC)				<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les femmes n'ont pas elles-mêmes étaient soumises au dépistage qu'elles évaluent - L'approche PC sous-tend que le clinicien soit à l'écoute et comprenne les signaux envoyés par la patiente quand il y en a, elle ne permet donc un dépistage que des patientes le souhaitent. - La prévalence de femmes victimes de VC dans cette enquête était supérieure à la moyenne nationale, la vidéo a-t-elle eu un impact sur la divulgation des VC, ou la question « avez-vous souffert de VC » posée directement dans le questionnaire ? - Etude monocentrique, en population caucasienne principalement <p><u>NP</u> : 4</p>
--	--	--	---	-------------------------------------	--	--	--	---

			<p>Je voudrais me sentir capable de tout dire à mon médecin sur le problème que j'étais avoir, »et « Si j'étais physiquement, émotionnellement, ou abusé sexuellement par mon partenaire, cette question m'aiderait à en parler à mon médecin ».</p> <p>Enfinement on leur a demandé « En utilisant votre vos propres mots, veuillez indiquer ce que le médecin doit dire une femme dans cette situation ? »</p>					
A81	<p>Sherin KM</p> <p>HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting.</p>	<p>Fam Med. août 1998;30(7):508-12.</p>	<p>Etude de validation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Test de la cohérence interne : 160 patientes ont complété deux questionnaires : le CTS et le HITS - Test de validité : 99 femmes, qui se sont auto-identifiées victimes de violence domestique, ont complété le HITS 	<p>Développer et tester un court outil de dépistage de la violence domestique qui pourrait être adapté pour une utilisation en cabinet de ville : le HITS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Femmes - ≥ 21ans - Vivant avec le même partenaire depuis ≥ 12 mois 	USA	258	<ul style="list-style-type: none"> - L'alpha de Cronbach du HIST 0.8 - Corrélation 0.85 entre HITS et CTS - Score de 10.5 au HIST discrimine les 2 groupes (P<0.05) Se 96 % ; Sp 91% <p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Score de 10.5 non réalisable car compte par tranche de 1 et non de 0.5, conseil utiliser score de ≥ 10 <p><u>NP</u> : 2</p>

A83	Chen P-H Randomized Comparison of 3 Methods to Screen for Domestic Violence in Family Practice.	Ann Fam Med. sept 2007;5(5): 430-5.	<p>Essai randomisé de 3 protocoles de dépistage pour les violences dans 4 cabinets de médecine générale urbains avec majoritairement des patients issus de minorités (population principale afro-américaine et hispanique).</p> <p>Tous les intervenants ont eu 3h de formation. Les patientes étaient recrutées de façon consécutive. Réalisation du dépistage puis questionnaire post test sur l'acceptabilité rempli par le médecin et par la patiente.</p> <p>Dans les 3 cas de figure le dépistage était composé du HITS et du WAST Short. Le WAST classique était inclus dans le questionnaire post test.</p>	<p>Comparaison du taux de divulgation de VC, niveau de confort avec le dépistage et le temps passé au dépistage entre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire auto-administré - Entretien avec le personnel médical - Entretien avec le médecin 	Femmes ≥ 18ans En couple Consultant en médecine générale	USA	523	<ul style="list-style-type: none"> - Le dépistage de la violence domestique auto-administré par les patients est aussi efficace que l'entretien avec le clinicien en termes de divulgation, de confort et de temps passé au dépistage. - La plupart des patientes (93,4%) et les cliniciens (84,5%) étaient à l'aise avec les questions de sélection et la méthode de les administrer. - Le temps moyen passé au dépistage était de 4,4 minutes. - Taux de divulgation, confort des patients et des cliniciens avec le dépistage et temps les dépistages passés étaient similaires dans les 3 protocoles. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rétribution financière de 10\$ pour les participantes - Populations minoritaires - Dépiste uniquement les femmes <p><u>NP</u> : 2</p>
A94	Pichiule Castañeda M	Gac Sanit. juin 2019;S02	Femmes sélectionnées au hasard sans la salle d'attente.	Validité du WAST Short Espanol	- Femmes 18-70 ans	Espagne	390	<ul style="list-style-type: none"> - WAST Short espagnol : Se 91.4%, Sp 68%

	Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general.	13911119 301177.	Remplissage auto questionnaire : WAST Short + ISA (gold standard)		<ul style="list-style-type: none"> - Fréquentant centre soins primaire de Grenade - Ayant eu un partenaire dans les 12 derniers mois - Parlant espagnol - Consultant seule 			Limites : <ul style="list-style-type: none"> - Milieu urbain - Faible spécificité NP : 2
A95	Hegarty K The composite abuse scale: further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings.	Violence Vict. oct 2005;20(5):529-47.	Recrutement en salle d'attente de 20 cabinets de médecine générale de Brisbane. Remplissage questionnaire sociodémographique en salle d'attente, puis du CAS 30 éléments, puis auto déclaration : « Dans l'ensemble, combien d'abus pensez-vous avoir déjà subi dans une relation intime adulte (≥16 ans) ? » Les réponses étaient : pas d'abus, un peu d'abus, un abus modéré et beaucoup d'abus. Les items du CAS ont été quantifiés sur des échelles de réponse à 6 points sur les 12	Etude de validation du CAS 30 éléments	<ul style="list-style-type: none"> - Femmes australiennes consultant en médecine générale - ≥ 16 ans 	Australie	1836	<ul style="list-style-type: none"> - Les 30 items ont montré une bonne fiabilité et cohérence internes : alpha de Cronbach élevé > 0,85 et coefficients item-total corrigés > 0,5. - La fiabilité de la cohérence interne était de 0,85 ou plus et pour la majorité des sous-échelles supérieure à 0,9, - Le CAS explore les violences physiques, émotionnelles, le harcèlement et comporte un élément de mesure de leur gravité - Prévalence de 37% de VC Limites <ul style="list-style-type: none"> - Tranche des 16-19ans sous représentée - Echelle longue, difficile à mettre en pratique en consultation - La fiabilité test-retest doit être évaluée

			<p>derniers mois de la relation la plus récente : jamais, quotidiennement, une fois par semaine, une fois par mois, plusieurs fois et une seule fois.</p> <p>Par relation adulte intime était compris : un mari, un partenaire ou un garçon/une petite amie depuis plus d'un mois.</p> <p>Initialement 43 items : ont été retirés tous ceux avec un alpha de Cronbach < 0,5 pour arriver à la grille à 30 items.</p>					<ul style="list-style-type: none"> - N'évalue que les femmes victimes, pas les hommes, pas les auteurs
A121	<p>Shakil A</p> <p>Validation of the HITS domestic violence screening tool with males.</p>	<p>Fam Med. mars 2005;37(3):193-8.</p>	<p>Etude de validation d'un test diagnostic</p> <p>Phase 1 : Remplissent le HITS et le CTS par des hommes avec les critères d'inclusion, en privé</p> <p>Phase 2 : Remplissage du HITS uniquement par 17 hommes auto déclarés victimes (recrutés via un centre d'intervention</p>	<p>Valider le HITS dans une population masculine</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hommes - Anglophones - ≥ 18 ans - Csl dans une clinique de soins ambulatoire, un centre VIH ou aux urgences - Vivant avec une femme ou un homme dans les 12 derniers mois - Présentant un problème de 	<p>USA</p>	<p>78</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se 88%, Sp 97% - VPN 97%, VPP 88% - Rapport de vraisemblance positif : 34.41 / négatif : 0.12 - Seuil de 11/20 considéré comme positif - Indépendamment du sexe de leur partenaire <p>Ces résultats sont similaires à ceux obtenus lors de la validation du HITS chez les femmes.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible échantillon dans le groupe contrôle

			et de prévention des VC) Comparaison des scores de la phase 1 et 2 pour le HITS Gold standard : CTS		santé aigu ou une visite de contrôle			- A noter que pour les hommes le seuil est à 11 contre 10 pour les femmes. <u>NP</u> : 3
A127	Soriano-Ayala E Design and Validation of the Scale TDV-VP Teen Dating Violence: Victimization and Perpetration [Violencia en Parejas Adolescentes: Victimización y Perpetración] for Spanish Speakers.	Int J Environ Res Public Health. 7 janv 2021;18(2).	1. Réalisation d'une revue de la littérature : 360 items s'en dégagent 2. Double traduction effectuée et avis d'un groupe d'experts : sélection de 202 items 3. Les 202 items ont été évalués par un groupe de psychologues et d'enseignants travaillant sur le sujet : l'utilité et la clarté de chaque item ont été évaluées. Seuls les items avec au minimum 80% d'accord entre les participants étaient retenus soit : 108 items 4. Validation par les adolescents : groupe de 10 : 46 items restants divisés en items en de	Concevoir et de valider une échelle pour la détection et la mesure des violences dans les relations intimes des adolescents	- 13 à 21 ans - Homme et Femme - Avoir une relation intime dans les 3 derniers mois	Espagne	446	- L'échelle de victimisation a une bonne validité et fiabilité - L'échelle de perpétration a une meilleure fiabilité composite que l'alpha de Cronbach - Le TDV-VP fournit un outil utile pour la reconnaissance de la victimisation et de la perpétration de violences, mesurant les cinq aspects : violence psychologique, violence verbale, contrôle, jalousie et violence sexuelle. - Il n'y avait pas de différence significative entre le sexe et la perpétration / victimisation - Près d'1/4 sont victimes de e-violences Limites : - Longueur de l'échelle - Echantillon majoritairement féminin

			victimisation et de perpétration					- Autres études pour le comparer aux méthodes actuelles : plus performant ? <u>NP</u> : 2
			5. Echelle avec 46 items envoyé via Facebook, mail, etc... avec réponse via Limesurvey					
C15	Saimen A Evaluation of a two-question screening tool in the detection of intimate partner violence in a primary healthcare setting in South Africa.	South Afr Fam Pract. 2016;58(5):172-8.	Etude transversale, prospective Le WAST Short a été évalué avec comme gold standard le WAST. Un seuil à 13 au WAST a été fixé pour la détermination du statut VC / non VC. Le WAST a été préféré à l'ARI car plus rapide à administrer et ayant une étroite corrélation avec ce dernier. Etaient considérées comme victimes les femmes avec un score de 6/6 au WAST-Short.	- L'objectif principal : déterminer les caractéristiques du WAST Short - 2 nd : évaluer la prévalence de la VC chez les femmes fréquentant un service de consultations externes, à l'aide d'un questionnaire validé (le WAST)	- Femmes - ≥ 18 ans - Ayant un partenaire - Sélectionnées au hasard parmi un groupe de 8 femmes éligibles	Afrique du Sud	400	Caractéristiques du WAST Short - Se 45.2% - Sp 99.6% - VPP 98% - VPN 79% - Rapport de vraisemblance positif : 113 - Rapport de vraisemblance négatif : 0.55 ➤ Manque de Se pour être utilisé en soins primaires en Afrique du Sud Prévalence des VC ds cette étude : 32,25% Limites : - 1 ^{ère} fois que le WAST était utilisé dans une étude en Afrique du Sud - Dépiste uniquement sur les 12 derniers mois - Pas de description de la méthode utilisée pour réaliser la traduction du WAST <u>NP</u> : 2

C23	<p>Garcia-Estevé L</p> <p>Validation and comparison of four instruments to detect partner violence in health-care setting.</p>	<p>Med Clin (Barc). 8 oct 2011;137(9):390-7.</p>	<p>Etude cas-témoins</p> <p>223 Témoins : centres de soins primaires 182 Cas : centres spécialisé en VC, les cas dépistés positifs pour la VC ont été réaffectés au groupe cas</p> <p>Gold standard : entretien</p> <p>ISA : 30 items, échelle type Likert PMWI-SF : 14 items, violence psychologique uniquement, échelle type Likert WAST : 8 items, type Likert PVS : 3 items, validé aux urgences</p> <p>Les patientes répondaient seules aux différents questionnaires puis suivaient un entretien mené par 2 psychologues (en aveugle du questionnaire) formées en VC qui appliquaient l'Entretien pour le</p>	<p>Validation externe de quatre instruments : ISA, PMWI-SF, WAST, PVS, étudier leur concordance et comparer leur précision diagnostique, afin de fournir des outils validés pour l'identification des VC dans le domaine de la santé espagnole.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Femmes - ≥ 18 ans - En couple dans les 12 derniers mois 	<p>Espagne</p>	<p>405</p>	<p>Les valeurs d'AUC (courbe Se/Sp) étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ISA 0,99 (IC à 95 % 0,98-0,99) - PMWI-SF 0,98 (IC à 95 % 0,97-0,99) - WAST 0,95 (IC à 95 % 0,93-0,97) - PVS 0,91 (IC à 95 % 0,87-0,94). - La concordance entre les quatre questionnaires était excellente (Kappa de Fleiss = 0,82 p<0.001) <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PVS non validé dans la population espagnole - Pas de description de la méthode de traduction du PVS utilisée - Précision diagnostique du PVS varie fortement d'une étude à l'autre - Biais de sélection (en centre spécialisé) qui risque d'augmenter artificiellement la Se <p><u>NP</u> : 4</p>
-----	--	--	---	---	---	----------------	------------	---

			dépistage des VC Espagnol. Validation externe par estimation de l'air sous la courbe. VPP et VPN ont été calculé pour une prévalence de 17.8% des VC (chiffres estimé en Andalousie, Madrid et Valence)					
C51	Brown JB Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting.	J Fam Pract. oct 2000;49(10):896-903.	Les 20 médecins participants ont été invités à administrer le WAST à 15 à 20 femmes consécutives patients remplissant les critères d'inclusion et ayant consenti à participer à l'étude. A l'issue de chaque visite de patient, les médecins ont été invités à remplir le questionnaire de confort WAST et le questionnaire de connaissances préalables. Chaque femme a été approchée par l'assistante de recherche dans l'une des salles d'examen du	Evaluer la validité et la fiabilité du WAST en population générale en médecine de ville et déterminer le niveau de confort des médecins et des patients	- Médecins : échantillon aléatoire stratifié de 20 médecins exerçant en milieu urbain et rural, à partir d'un cadre d'échantillonnage de 400 médecins de famille Patientes : échantillon de 307 - ≥18 ans - Assister à un examen de santé périodique, pour les soins prénatals, ou	Canada	20 médecins 307 patientes	- Scores globaux WAST et ARI étaient corrélées ($r=0,69$, $P=0,01$). - Le WAST est une mesure fiable en médecine familiale, atteignant un coefficient alpha de 0,75, indiquant une bonne cohérence interne. - Patientes et médecins sont à l'aise avec le WAST <u>NP</u> : 2

		<p>médecin avant sa visite. L'assistant de recherche a expliqué l'étude, a fourni au patient une lettre d'information et, si elle acceptait de participer, fournissait un formulaire de consentement à signer. Pendant le processus de recrutement des patients, l'assistant de recherche a tenu un registre écrit décrivant les critères d'admissibilité et les patients non éligibles, les raisons du refus et d'autres données pertinentes, telles que la connaissance du médecin de si un patient était dans une relation abusive. À la fin de la rencontre médecin-patient, l'assistant de recherche a rencontré la patiente dans un espace privé et lui a demandé de remplir l'ARI et d'évaluer son confort avec les questions WAST posées.</p>		<p>avec des symptômes aigus de maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parlant anglais - Non accompagné - Actuellement impliqué dans une relation intime - médecin devait être leur médecin traitant 			
--	--	---	--	---	--	--	--

Annexe 10 : Grilles d'évaluation des études retenues pour l'analyse

A3.



Liste de contrôle CONSORT 2010 à inclure pour rendre compte d'un essai randomisé*

Section/sujet	Item N°	DESCRIPTION	Page N°
TITRE & RESUME			
	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre	1788
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions (pour une aide spécifique voir CONSORT pour Abstract)	//
INTRODUCTION			
Contexte et objectifs	2a	Contexte scientifique et explication du bien-fondé	//
	2b	Objectifs spécifiques et hypothèses	//
MÉTHODES			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation	1789
	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison	NON
Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants	//
	4b	Structures et lieux de recueil des données	//
Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites	1793 1790
	6a	Critères "à priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués	NON
Taille de l'échantillon	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essais, en expliquer la raison	//
	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminé ?	//
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt	/
RANDOMISATION			
Production de la séquence	8a	Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort	1793
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)	//
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en œuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions.	//
Mise en œuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes	//
Aveugle	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir	//
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions	//
Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires	1791
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées	//

Section/sujet	Item N°	DESCRIPTION	Page N°
RESULTATS			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal	1733 1730
		Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons	//
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi	//
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu	—
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe	1732
Effectifs analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine	1731
Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalles de confiance à 95%)	//
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée	
Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées à priori des analyses exploratoires	
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe (pour un conseil détaillé voir 'CONSORT for harms')	
DISCUSSION			
Limitations	20	Limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses	1735
"Généralisabilité"	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai	//
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	//
INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé	1791
Protocole	24	Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible	1783
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs	1734

* Il est instamment recommandé de lire cette liste CONSORT 2010 à l'aide du document 'CONSORT 2010 Explanation and Elaboration' pour mieux comprendre les clarifications apportées à cette nouvelle version. Si opportun, il est aussi recommandé de lire les extensions CONSORT pour les essais en grappes randomisées, les essais de non-infériorité et d'équivalence, les traitements non médicamenteux, les interventions à base d'herbes, les essais pragmatiques. D'autres futures extensions sont attendues. Pour ces extensions et pour des références récentes en rapport avec cette liste CONSORT 2010, aller à : <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview/>

Traduction originale de la liste CONSORT 2010 issue de l'article de: Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials. *PLoS Med* 2010;7(3): e1000251. doi:10.1371/journal.pmed.1000251. et d'après la traduction originale de la liste CONSORT 2001 par Pauline Brindei, Caroline Tournoux, Jean-Philippe Jais et Paul Landais, 2006, consultable en version interactive sur <http://eb.medecine.univ-paris5.fr/moodle/course/view.php?id=2>

Revue d'Odonto-Stomatologie Février 2010 pp 32-36
 extrait de : Cannac C, Viargues P, Dot D. L'écriture scientifique: approche et discussion. *Rev Odont Stomat* 2010;39:3-75

A 10

Traduction finale STARD (2015) en langue française		Repéré à la page #
TITRE OU RÉSUMÉ		
1	Identification en tant qu'étude de l'exactitude d'un test diagnostique avec au moins une mesure d'exactitude (la sensibilité, la spécificité, les paramètres prédictifs, l'aire ROC).	✓
RÉSUMÉ		
2	Résumé structuré du devis de l'étude, sa méthodologie, ses résultats et ses conclusions (voir « STARD for abstracts » pour informations supplémentaires).	✓
INTRODUCTION		
3	Mise en contexte scientifique et clinique, incluant les utilisations prévues et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
4	Objectifs et hypothèses de l'étude.	✓
MÉTHODOLOGIE		
Devis de l'étude	5 La collecte des données a-t-elle été planifiée avant la mise à l'épreuve du test diagnostique avec le test de référence (étude prospective) ou après la mise à l'épreuve (étude rétrospective) ?	✓
Participants	6 Critères d'inclusion.	✓
	7 Sur quels critères de base ont été identifiés/recrutés les participants (p. ex. symptômes, résultats d'exams précédents, consultation d'un registre de patients).	✓
	8 Où et quand les participants éligibles ont été identifiés (lieu, contexte et dates).	✓
	9 Les participants ont-ils été recrutés suivant un échantillonnage probabiliste (aléatoire) ou accidentel (dit "de convenance") ?	✓
Méthodes et techniques des tests	10a Le test diagnostique est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
	10b Le test de référence est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	~
	11 La logique ou la raison sous-jacente au choix du test de référence est énoncé (notamment s'il existe d'autres tests possibles).	~
	12a La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test diagnostique concernant ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distingués qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
	12b La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test de référence pour ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distingués qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
	13a Les données cliniques et les résultats du test de référence étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test diagnostique.	✓
	13b Les données cliniques et les résultats du test diagnostique étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test de référence.	✓
Analyse	14 Les méthodes utilisées pour estimer et comparer l'exactitude diagnostique.	✓
	15 Comment ont été traités les résultats ambigus du test diagnostique et du test de référence.	X
	16 Comment ont été traitées les données manquantes du test diagnostique et du test de référence.	X
	17 La variabilité des données diagnostiques est considérée, et analysée, en distinguant les résultats découlant des seuils pré-spécifiées des seuils exploratoires.	✓
	18 Taille prévue de l'échantillon et la méthode par laquelle elle a été fixée.	✓
RÉSULTATS		
Participants	19 Répartition des participants illustrée dans un diagramme.	✓
	20 Données démographiques et cliniques des participants.	✓
	21a Les degrés de sévérité sont répartis (distribués) chez les participants ayant la condition ciblée.	
	21b Les diagnostics alternatifs sont répartis parmi les participants n'ayant pas la condition ciblée.	
	22 Intervalle de temps et liste des interventions cliniques entre le temps du test diagnostique et du test de référence.	
Résultats des tests	23 Tableau comparatif (tableau croisé) des résultats du test diagnostique et du test de référence.	
	24 Estimation de l'exactitude et de la précision diagnostique (p. ex. intervalle de confiance à 95 %).	✓
	25 Effets secondaires indésirables imputables à la réalisation du test diagnostique ou du test de référence.	
DISCUSSION		
	26 Limites de l'étude, incluant les biais potentiels, l'incertitude statistique et la généralisabilité.	✓
	27 Implications pour la pratique, incluant l'utilisation prévue et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
AUTRES INFORMATIONS		
	28 Numéro d'enregistrement et nom du registre.	
	29 Référence pour récupérer le protocole complet de l'étude.	✓
	30 Sources de financement et autres soutiens logistiques ; rôle des donateurs.	✓

A40

Tableau 2. Traduction en langue française de la grille STARD (2015).		
Traduction finale STARD (2015) en langue française		Repéré à la page #
TITRE OU RÉSUMÉ		
1	Identification en tant qu'étude de l'exactitude d'un test diagnostique avec au moins une mesure d'exactitude (la sensibilité, la spécificité, les paramètres prédicteurs, l'aire ROC).	✓
RÉSUMÉ		
2	Résumé structuré du devis de l'étude, sa méthodologie, ses résultats et ses conclusions (voir « STARD for abstracts » pour informations supplémentaires).	✓
INTRODUCTION		
3	Mise en contexte scientifique et clinique, incluant les utilisations prévues et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
4	Objectifs et hypothèses de l'étude.	✓
MÉTHODOLOGIE		
Devis de l'étude		
5	La collecte des données a-t-elle été planifiée avant la mise à l'épreuve du test diagnostique avec le test de référence (étude prospective) ou après la mise à l'épreuve (étude rétrospective) ?	✓
Participants		
6	Critères d'inclusion.	✓
7	Sur quels critères de base ont été identifiés/recrutés les participants (p. ex. symptômes, résultats d'exams précédents, consultation d'un registre de patients).	✓
8	Où et quand les participants éligibles ont été identifiés (lieu, contexte et dates).	✓
9	Les participants ont-ils été recrutés suivant un échantillonnage probabiliste (aléatoire) ou accidentel (dit "de convenance") ?	✓
Méthodes et techniques des tests		
10a	Le test diagnostique est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
10b	Le test de référence est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
11	La logique ou la raison sous-jacente au choix du test de référence est énoncé (notamment s'il existe d'autres tests possibles).	✓
12a	La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test diagnostique concernant ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distingués qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
12b	La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test de référence pour ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distingués qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
13a	Les données cliniques et les résultats du test de référence étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test diagnostique.	✓
13b	Les données cliniques et les résultats du test diagnostique étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test de référence.	✓
Analyse		
14	Les méthodes utilisées pour estimer et comparer l'exactitude diagnostique.	✓
15	Comment ont été traités les résultats ambigus du test diagnostique et du test de référence.	✓
16	Comment ont été traitées les données manquantes du test diagnostique et du test de référence.	✓
17	La variabilité des données diagnostiques est considérée, et analysée, en distinguant les résultats découlant des seuils pré-spécifiées des seuils exploratoires.	✓
18	Taille prévue de l'échantillon et la méthode par laquelle elle a été fixée.	✓
RÉSULTATS		
Participants		
19	Répartition des participants illustrée dans un diagramme.	✓
20	Données démographiques et cliniques des participants.	✓
21a	Les degrés de sévérité sont répartis (distribués) chez les participants ayant la condition ciblée.	✓
21b	Les diagnostics alternatifs sont répartis parmi les participants n'ayant pas la condition ciblée.	✓
22	Intervalle de temps et liste des interventions cliniques entre le temps du test diagnostique et du test de référence.	✓
Résultats des tests		
23	Tableau comparatif (tableau croisé) des résultats du test diagnostique et du test de référence.	✓
24	Estimation de l'exactitude et de la précision diagnostique (p. ex. intervalle de confiance à 95 %).	✓
25	Effets secondaires indésirables imputables à la réalisation du test diagnostique ou du test de référence.	✓
DISCUSSION		
26	Limites de l'étude, incluant les biais potentiels, l'incertitude statistique et la généralisabilité.	✓
27	Implications pour la pratique, incluant l'utilisation prévue et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
AUTRES INFORMATIONS		
28	Numéro d'enregistrement et nom du registre.	✓
29	Référence pour récupérer le protocole complet de l'étude.	✓
30	Sources de financement et autres soutiens logistiques ; rôle des donateurs.	✓

A45



Liste de contrôle CONSORT 2010 à inclure pour rendre compte d'un essai randomisé*

Section/sujet	Item N°	DESCRIPTION	Page N°
TITRE & RESUME			
	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre	✓
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions (pour une aide spécifique voir CONSORT pour Abstract)	✓
INTRODUCTION			
Contexte et objectifs	2a	Contexte scientifique et explication du bien-fondé	✓
	2b	Objectifs spécifiques et hypothèses	✓
MÉTHODES			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation	✓
	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison	✓
Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants	✓
	4b	Structures et lieux de recueil des données	✓
Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites	✓
Critères de jugement	6a	Critères "à priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués	✓
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison	✓
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminé ?	✓
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt	
RANDOMISATION			
Production de la séquence	8a	Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort	✓
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)	✓
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en œuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions.	✓
Mise en œuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes	✓
Aveugle	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir	✓
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions	
Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires	✓
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées	

Secteur/sujet	Item N°	DESCRIPTION	Page N°
RESULTATS			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal	✓
		Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons	
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi	✓
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu	
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe	✓
Efficacité analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine	✓
Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalles de confiance à 95%)	✓
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée	✓
Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées à priori des analyses exploratoires	✓
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe (pour un conseil détaillé voir 'CONSORT for harms')	✓
DISCUSSION			
Limitations	20	Limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses	✓
"Généralisabilité"	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai	✓
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	✓
INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé	✓
Protocole	24	Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible	✓
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs	✓

* Il est instamment recommandé de lire cette liste CONSORT 2010 à l'aide du document "CONSORT 2010 Explanation and Elaboration" pour mieux comprendre les clarifications apportées à cette nouvelle version. Si opportun, il est aussi recommandé de lire les extensions CONSORT pour les essais en grappes randomisés, les essais de non-infériorité et d'équivalence, les traitements non médicamenteux, les interventions à base d'herbes, les essais pragmatiques. D'autres futures extensions sont attendues. Pour ces extensions et pour des références récentes en rapport avec cette liste CONSORT 2010, aller à : <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview/>

Traduction originale de la liste CONSORT 2010 issue de l'article de Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials. *PLoS Med.* 2010;7(3): e1000251. doi:10.1371/journal.pmed.1000251 et d'après la traduction originale de la liste CONSORT 2001 par Pauline Brindei, Caroline Tournoux, Jean-Philippe Jais et Paul Landais, 2006, consultable en version interactive sur <http://eb.medicines.univ-paris5.fr/moodle/course/view.php?id=2>

Revue d'Odonto-Somatologie Février 2010 pp 32-36
 extrait de : Camnac C, Viargues P, Dot D, L'écriture scientifique: approche et discussion. *Rev Odont Sommat* 2010;39:3-75

A49

Traduction finale STARD (2015) en langue française		Repéré à la page #
Tableau 2. Traduction en langue française de la grille STARD (2015).		
TITRE OU RÉSUMÉ		
1	Identification en tant qu'étude de l'exactitude d'un test diagnostique avec au moins une mesure d'exactitude (la sensibilité, la spécificité, les paramètres prédicteurs, l'aire ROC).	✓
RÉSUMÉ		
2	Résumé structuré du devis de l'étude, sa méthodologie, ses résultats et ses conclusions (voir « STARD for abstracts » pour informations supplémentaires).	✓
INTRODUCTION		
3	Mise en contexte scientifique et clinique, incluant les utilisations prévues et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
4	Objectifs et hypothèses de l'étude.	✓
MÉTHODOLOGIE		
Devis de l'étude		
5	La collecte des données a-t-elle été planifiée avant la mise à l'épreuve du test diagnostique avec le test de référence (étude prospective) ou après la mise à l'épreuve (étude rétrospective) ?	✓
Participants		
6	Critères d'inclusion.	
7	Sur quels critères de base ont été identifiés/recrutés les participants (p. ex. symptômes, résultats d'exams précédents, consultation d'un registre de patients).	
8	Où et quand les participants éligibles ont été identifiés (lieu, contexte et dates).	✓
9	Les participants ont-ils été recrutés suivant un échantillonnage probabiliste (aléatoire) ou accidentel (dit "de convenance") ?	✓
Méthodes et techniques des tests		
10a	Le test diagnostique est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
10b	Le test de référence est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
11	La logique ou la raison sous-jacente au choix du test de référence est énoncé (notamment s'il existe d'autres tests possibles).	✓
12a	La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test diagnostique concernant ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distingués qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
12b	La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test de référence pour ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distingués qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
13a	Les données cliniques et les résultats du test de référence étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test diagnostique.	✓
13b	Les données cliniques et les résultats du test diagnostique étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test de référence.	✓
Analyse		
14	Les méthodes utilisées pour estimer ou comparer l'exactitude diagnostique.	✓
15	Comment ont été traités les résultats ambigus du test diagnostique et du test de référence.	✓
16	Comment ont été traitées les données manquantes du test diagnostique et du test de référence.	✓
17	La variabilité des données diagnostiques est considérée, et analysée, en distinguant les résultats découlant des seuils pré-spécifiées des seuils exploratoires.	✓
18	Taille prévue de l'échantillon et la méthode par laquelle elle a été fixée.	✓
RÉSULTATS		
Participants		
19	Répartition des participants illustrée dans un diagramme.	
20	Données démographiques et cliniques des participants.	✓
21a	Les degrés de sévérité sont répartis (distribués) chez les participants ayant la condition ciblée.	
21b	Les diagnostics alternatifs sont répartis parmi les participants n'ayant pas la condition ciblée.	
22	Intervalle de temps et liste des interventions cliniques entre le temps du test diagnostique et du test de référence.	✓
Résultats des tests		
23	Tableau comparatif (tableau croisé) des résultats du test diagnostique et du test de référence.	
24	Estimation de l'exactitude et de la précision diagnostique (p. ex. intervalle de confiance à 95 %).	
25	Effets secondaires indésirables imputables à la réalisation du test diagnostique ou du test de référence.	
DISCUSSION		
26	Limites de l'étude, incluant les biais potentiels, l'incertitude statistique et la généralisabilité.	✓
27	Implications pour la pratique, incluant l'utilisation prévue et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
AUTRES INFORMATIONS		
28	Numéro d'enregistrement et nom du registre.	✓
29	Référence pour récupérer le protocole complet de l'étude.	✓
30	Sources de financement et autres soutiens logistiques ; rôle des donateurs.	✓

A SG

Traduction finale STARD (2015) en langue française		Repéré à la page #
Tableau 2. Traduction en langue française de la grille STARD (2015).		
TITRE OU RÉSUMÉ		
1	Identification en tant qu'étude de l'exactitude d'un test diagnostique avec au moins une mesure d'exactitude (la sensibilité, la spécificité, les paramètres prédicteurs, l'aire ROC).	✓
RÉSUMÉ		
2	Résumé structuré du devis de l'étude, sa méthodologie, ses résultats et ses conclusions (voir « STARD for abstracts » pour informations supplémentaires).	✓
INTRODUCTION		
3	Mise en contexte scientifique et clinique, incluant les utilisations prévues et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
4	Objectifs et hypothèses de l'étude.	✓
MÉTHODOLOGIE		
Devis de l'étude		
5	La collecte des données a-t-elle été planifiée avant la mise à l'épreuve du test diagnostique avec le test de référence (étude prospective) ou après la mise à l'épreuve (étude rétrospective) ?	✓
Participants		
6	Critères d'inclusion.	✓
7	Sur quels critères de base ont été identifiés/recrutés les participants (p. ex. symptômes, résultats d'exams précédents, consultation d'un registre de patients).	✓
8	Où et quand les participants éligibles ont été identifiés (lieu, contexte et dates).	✓
9	Les participants ont-ils été recrutés suivant un échantillonnage probabiliste (aléatoire) ou accidentel (dit "de convenance") ?	✓
Méthodes et techniques des tests		
10a	Le test diagnostique est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
10b	Le test de référence est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
11	La logique ou la raison sous-jacente au choix du test de référence est énoncé (notamment s'il existe d'autres tests possibles).	✓
12a	La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test diagnostique concernant ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distingués qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
12b	La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test de référence pour ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distingués qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
13a	Les données cliniques et les résultats du test de référence étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test diagnostique.	✓
13b	Les données cliniques et les résultats du test diagnostique étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test de référence.	✓
Analyse		
14	Les méthodes utilisées pour estimer ou comparer l'exactitude diagnostique.	✓
15	Comment ont été traités les résultats ambigus du test diagnostique et du test de référence.	
16	Comment ont été traitées les données manquantes du test diagnostique et du test de référence.	
17	La variabilité des données diagnostiques est considérée, et analysée, en distinguant les résultats découlant des seuils pré-spécifiées des seuils exploratoires.	
18	Taille prévue de l'échantillon et la méthode par laquelle elle a été fixée.	✓
RÉSULTATS		
Participants		
19	Répartition des participants illustrée dans un diagramme.	✓
20	Données démographiques et cliniques des participants.	✓
21a	Les degrés de sévérité sont répartis (distribués) chez les participants ayant la condition ciblée.	
21b	Les diagnostics alternatifs sont répartis parmi les participants n'ayant pas la condition ciblée.	
22	Intervalle de temps et liste des interventions cliniques entre le temps du test diagnostique et du test de référence.	
Résultats des tests		
23	Tableau comparatif (tableau croisé) des résultats du test diagnostique et du test de référence.	✓
24	Estimation de l'exactitude et de la précision diagnostique (p. ex. intervalle de confiance à 95 %).	✓
25	Effets secondaires indésirables imputables à la réalisation du test diagnostique ou du test de référence.	
DISCUSSION		
26	Limites de l'étude, incluant les biais potentiels, l'incertitude statistique et la généralisabilité.	✓
27	Implications pour la pratique, incluant l'utilisation prévue et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
AUTRES INFORMATIONS		
28	Numéro d'enregistrement et nom du registre.	✓
29	Référence pour récupérer le protocole complet de l'étude.	✓
30	Sources de financement et autres soutiens logistiques ; rôle des donateurs.	✓

AS7.

Dossier
Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

M. Gedda

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation	
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé	✓
Introduction			
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question	✓
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>	✓
Méthodes			
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document	✓
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données	✓
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas	✓
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant	✓
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe	✓
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais	✓
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure	✓
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi	✓
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité	✓
Résultats			
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux	✓
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)	✓

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE (suite).

	Item N°	Recommandation	
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Rappor-ter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés	✓
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable	✓
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité	✓
Discussion			
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude	✓
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel	✓
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent	✓
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude	✓
Autre information			
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté	✓

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

A 59



CARE Checklist of information to include when writing a case report



Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	<input checked="" type="checkbox"/>
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report"	<input checked="" type="checkbox"/>
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	<input checked="" type="checkbox"/>
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings	<input checked="" type="checkbox"/>
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes	<input checked="" type="checkbox"/>
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case?	<input checked="" type="checkbox"/>
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	<input checked="" type="checkbox"/>
Patient Information	5a	De-identified patient specific information	<input checked="" type="checkbox"/>
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient	<input checked="" type="checkbox"/>
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information	<input checked="" type="checkbox"/>
	5d	Relevant past interventions with outcomes	<input checked="" type="checkbox"/>
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings	<input checked="" type="checkbox"/>
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline	<input checked="" type="checkbox"/>
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys)	<input checked="" type="checkbox"/>
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural)	<input checked="" type="checkbox"/>
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered)	<input checked="" type="checkbox"/>
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	<input checked="" type="checkbox"/>
Therapeutic Intervention	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	<input checked="" type="checkbox"/>
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	<input checked="" type="checkbox"/>
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale)	<input checked="" type="checkbox"/>
Follow-up and Outcomes	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available)	<input checked="" type="checkbox"/>
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	<input checked="" type="checkbox"/>
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?)	<input checked="" type="checkbox"/>
	10d	Adverse and unanticipated events	<input checked="" type="checkbox"/>
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report	<input checked="" type="checkbox"/>
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references	<input checked="" type="checkbox"/>
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes)	<input checked="" type="checkbox"/>
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion	<input checked="" type="checkbox"/>
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received	<input checked="" type="checkbox"/>
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	<input checked="" type="checkbox"/>

Yes No

160.

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

M. Gedda

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation	
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé	✓
Introduction			
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question	✓
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>	✓
Méthodes			
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document	✓
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données	✓
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas	✓
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant	✓
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe	✓
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais	✓
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure	✓
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi	✓
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité	✓
Résultats			
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux	✓
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)	✓

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE (suite).

	Item N°	Recommandation	
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés	
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable	✓
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité	
Discussion			
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude	✓
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel	✓
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent	✓
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude	✓
Autre information			
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté	✓

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

A62

Liste de contrôle CONSORT 2010 à inclure pour rendre compte d'un essai randomisé*

Section/sujet	Item N°	DESCRIPTION	Page N°
TITRE & RESUME			
	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre	✓
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions (pour une aide spécifique voir CONSORT pour Abstract)	✓
INTRODUCTION			
Contexte et objectifs	2a	Contexte scientifique et explication du bien-fondé	✓
	2b	Objectifs spécifiques et hypothèses	✓
METHODES			
Plan de l'essai	3a	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation	✓
	3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison	✓
Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants	✓
	4b	Structures et lieux de recueil des données	✓
Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites	✓
Critères de jugement	6a	Critères "à priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués	✓
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison	✓
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminé ?	✓
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt	
RANDOMISATION			
Production de la séquence	8a	Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort	✓
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)	✓
Mécanisme d'assignation secrète	9	Mécanisme utilisé pour mettre en œuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions.	✓
Mise en oeuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes	✓
	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir	✓
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions	
Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires	✓
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées	✓

Section/sujet	Item N°	DESCRIPTION	Page N°
RESULTATS			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal	✓
		Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons	✓
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi	✓
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu	
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe	✓
Effectifs analysés	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine	✓
Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalles de confiance à 95%)	✓
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée	
Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées à priori des analyses exploratoires	✓
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe (pour un conseil détaillé voir 'CONSORT for harms')	
DISCUSSION			
Limitations	20	Limitations de l'essais, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses	✓
"Généralisabilité"	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai	✓
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	✓
INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé	✓
Protocole	24	Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible	✓
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs	✓

* Il est instamment recommandé de lire cette liste CONSORT 2010 à l'aide du document 'CONSORT 2010 Explanation and Elaboration' pour mieux comprendre les clarifications apportées à cette nouvelle version. Si opportun, il est aussi recommandé de lire les extensions CONSORT pour les essais en grappes randomisées, les essais de non-infériorité et d'équivalence, les traitements non médicamenteux, les interventions à base d'herbes, les essais pragmatiques. D'autres futures extensions sont attendues. Pour ces extensions et pour des références récentes en rapport avec cette liste CONSORT 2010, aller à : <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview/>

Traduction originale de la liste CONSORT 2010 issue de l'article de: Schulz KF, Laitman DG, Moher D. CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials. *PLoS Med.* 2010;7(3): e1000251. doi:10.1371/journal.pmed.1000251, et d'après la traduction originale de la liste CONSORT 2001 par Pauline Brindel, Caroline Tournoux, Jean-Philippe Jais et Paul Landais, 2006, consultable en version interactive sur <http://eb.medecine.univ-paris5.fr/moodle/course/view.php?id=2>

Revue d'Odonto-Stomatologie Février 2010 pp 32-36
 extrait de : Cannac C, Viargues P, Dot D. L'écriture scientifique: approche et discussion. *Rev Odont Stomat* 2010;39:3-75

A63

Tableau 2. Traduction en langue française de la grille STARD (2015).		Repéré à la page #
Traduction finale STARD (2015) en langue française		
TITRE OU RÉSUMÉ		
1	Identification en tant qu'étude de l'exactitude d'un test diagnostique avec au moins une mesure d'exactitude (la sensibilité, la spécificité, les paramètres prédicteurs, l'aire ROC).	✓
RÉSUMÉ		
2	Résumé structuré du devis de l'étude, sa méthodologie, ses résultats et ses conclusions (voir « STARD for abstracts » pour informations supplémentaires).	✓
INTRODUCTION		
3	Mise en contexte scientifique et clinique, incluant les utilisations prévues et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
4	Objectifs et hypothèses de l'étude.	✓
MÉTHODOLOGIE		
Devis de l'étude	5 La collecte des données a-t-elle été planifiée avant la mise à l'épreuve du test diagnostique avec le test de référence (étude prospective) ou après la mise à l'épreuve (étude rétrospective) ?	✓
Participants	6 Critères d'inclusion.	✓
	7 Sur quels critères de base ont été identifiés/recrutés les participants (p. ex. symptômes, résultats d'examens précédents, consultation d'un registre de patients).	✓
	8 Où et quand les participants éligibles ont été identifiés (lieu, contexte et dates).	✓
	9 Les participants ont-ils été recrutés suivant un échantillonnage probabiliste (aléatoire) ou accidentel (dit "de convenance") ?	✓
Méthodes et techniques des tests	10a Le test diagnostique est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
	10b Le test de référence est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
	11 La logique ou la raison sous-jacente au choix du test de référence est énoncé (notamment s'il existe d'autres tests possibles).	✓
	12a La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test diagnostique concernant ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distingués qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
	12b La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test de référence pour ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distingués qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
	13a Les données cliniques et les résultats du test de référence étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test diagnostique.	✓
	13b Les données cliniques et les résultats du test diagnostique étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test de référence.	✓
Analyse	14 Les méthodes utilisées pour estimer ou comparer l'exactitude diagnostique.	✓
	15 Comment ont été traités les résultats ambigus du test diagnostique et du test de référence.	✓
	16 Comment ont été traitées les données manquantes du test diagnostique et du test de référence.	✓
	17 La variabilité des données diagnostiques est considérée, et analysée, en distinguant les résultats découlant des seuils pré-spécifiées des seuils exploratoires.	✓
	18 Taille prévue de l'échantillon et la méthode par laquelle elle a été fixée.	✓
RÉSULTATS		
Participants	19 Répartition des participants illustrée dans un diagramme.	✓
	20 Données démographiques et cliniques des participants.	✓
	21a Les degrés de sévérité sont répartis (distribués) chez les participants ayant la condition ciblée.	✓
	21b Les diagnostics alternatifs sont répartis parmi les participants n'ayant pas la condition ciblée.	✓
	22 Intervalle de temps et liste des interventions cliniques entre le temps du test diagnostique et du test de référence.	✓
Résultats des tests	23 Tableau comparatif (tableau croisé) des résultats du test diagnostique et du test de référence.	✓
	24 Estimation de l'exactitude et de la précision diagnostique (p. ex. intervalle de confiance à 95 %).	✓
	25 Effets secondaires indésirables imputables à la réalisation du test diagnostique ou du test de référence.	✓
DISCUSSION		
	26 Limites de l'étude, incluant les biais potentiels, l'incertitude statistique et la généralisabilité.	✓
	27 Implications pour la pratique, incluant l'utilisation prévue et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
AUTRES INFORMATIONS		
	28 Numéro d'enregistrement et nom du registre.	✓
	29 Référence pour récupérer le protocole complet de l'étude.	✓
	30 Sources de financement et autres soutiens logistiques ; rôle des donateurs.	✓

A76

Dossier
Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

M. Gedda

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation	
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé	✓ ✓
Introduction			
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question	✓
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>	✓
Méthodes			
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document	✓
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données	
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas	✓
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant	✓
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe	
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais	
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure	
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi	
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité	
Résultats			
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux	✓ ✓
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)	✓ ✓

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE (suite).

	Item N°	Recommandation	
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés	✓
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable	✓
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité	
Discussion			
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude	✓
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel	✓
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent	✓
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude	✓
Autre information			
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté	✓

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

A79

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

M. Gedda

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation	
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé	✓
Introduction			
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question	✓
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>	✓
Méthodes			
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document	✓
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données	✓
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas	✓
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant	✓
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe	✓
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais	
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure	
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi	✓
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité	✓
Résultats			
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux	✓ ✓
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)	✓

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE (suite).

	Item N°	Recommandation	
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés	✓
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable	
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité	
Discussion			
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude	✓
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel	✓
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent	✓
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude	✓
Autre information			
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté	✓

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

A81

Tableau 2. Traduction en langue française de la grille STARD (2015).

Traduction finale STARD (2015) en langue française		Repéré à la page #
TITRE OU RÉSUMÉ		
1	Identification en tant qu'étude de l'exactitude d'un test diagnostique avec au moins une mesure d'exactitude (la sensibilité, la spécificité, les paramètres prédictifs, l'aire ROC).	✓
RÉSUMÉ		
2	Résumé structuré du devis de l'étude, sa méthodologie, ses résultats et ses conclusions (voir « STARD for abstracts » pour informations supplémentaires).	✓
INTRODUCTION		
3	Mise en contexte scientifique et clinique, incluant les utilisations prévues et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
4	Objectifs et hypothèses de l'étude.	✓
MÉTHODOLOGIE		
Devis de l'étude	5 La collecte des données a-t-elle été planifiée avant la mise à l'épreuve du test diagnostique avec le test de référence (étude prospective) ou après la mise à l'épreuve (étude rétrospective) ?	✓
Participants	6 Critères d'inclusion.	✓
	7 Sur quels critères de base ont été identifiés/recrutés les participants (p. ex. symptômes, résultats d'examen précédents, consultation d'un registre de patients).	✓
	8 Où et quand les participants éligibles ont été identifiés (lieu, contexte et dates).	✓
	9 Les participants ont-ils été recrutés suivant un échantillonnage probabiliste (aléatoire) ou accidentel (dit "de convenance") ?	✓
Méthodes et techniques des tests	10a Le test diagnostique est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
	10b Le test de référence est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
	11 La logique ou la raison sous-jacente au choix du test de référence est énoncé (notamment s'il existe d'autres tests possibles).	✓
	12a La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test diagnostique concernant ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distinguées qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
	12b La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test de référence pour ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distinguées qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
	13a Les données cliniques et les résultats du test de référence étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test diagnostique.	✓
	13b Les données cliniques et les résultats du test diagnostique étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test de référence.	✓
Analyse	14 Les méthodes utilisées pour estimer ou comparer l'exactitude diagnostique.	✓
	15 Comment ont été traités les résultats ambigus du test diagnostique et du test de référence.	✓
	16 Comment ont été traitées les données manquantes du test diagnostique et du test de référence.	✓
	17 La variabilité des données diagnostiques est considérée, et analysée, en distinguant les résultats découlant des seuils pré-spécifiées des seuils exploratoires.	✓
	18 Taille prévue de l'échantillon et la méthode par laquelle elle a été fixée.	✓
RÉSULTATS		
Participants	19 Répartition des participants illustrée dans un diagramme.	✓
	20 Données démographiques et cliniques des participants.	✓
	21a Les degrés de sévérité sont répartis (distribués) chez les participants ayant la condition ciblée.	✓
	21b Les diagnostics alternatifs sont répartis parmi les participants n'ayant pas la condition ciblée.	✓
	22 Intervalle de temps et liste des interventions cliniques entre le temps du test diagnostique et du test de référence.	✓
Résultats des tests	23 Tableau comparatif (tableau croisé) des résultats du test diagnostique et du test de référence.	✓
	24 Estimation de l'exactitude et de la précision diagnostique (p. ex. intervalle de confiance à 95 %).	✓
	25 Effets secondaires indésirables imputables à la réalisation du test diagnostique ou du test de référence.	✓
DISCUSSION		
	26 Limites de l'étude, incluant les biais potentiels, l'incertitude statistique et la généralisabilité.	✓
	27 Implications pour la pratique, incluant l'utilisation prévue et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
AUTRES INFORMATIONS		
	28 Numéro d'enregistrement et nom du registre.	✓
	29 Référence pour récupérer le protocole complet de l'étude.	✓
	30 Sources de financement et autres soutiens logistiques ; rôle des donateurs.	✓

A83



Liste de contrôle CONSORT 2010 à inclure pour rendre compte d'un essai randomisé*

Section/sujet	Item N°	DESCRIPTION	Page N°
TITRE & RESUME			
	1a	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre	✓
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions (pour une aide spécifique voir CONSORT pour Abstract)	✓
INTRODUCTION			
Contexte et objectifs		Contexte scientifique et explication du bien-fondé	✓
		Objectifs spécifiques et hypothèses	✓
MÉTHODES			
Plan de l'essai		Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation	✓
		Changements importants de méthode après le début de l'essai(tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison	✓
Participants		Critères d'éligibilité des participants	✓
		Structures et lieux de recueil des données	✓
Interventions		Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites	✓
Critères de jugement		Critères "à priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués	✓
		Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essais, en expliquer la raison	
Taille de l'échantillon		Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminé ?	
		Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt	
RANDOMISATION			
Production de la séquence		Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort	
		Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)	
Mécanisme d'assignation secrète		Mécanisme utilisé pour mettre en œuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions.	
Mise en oeuvre		Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes	
Aveugle		Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir	✓
		Si approprié, description de la similitude des interventions	✓
Méthodes statistiques		Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires	✓
		Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées	✓

Section/sujet	Item N°	DESCRIPTION	Page N°
RESULTATS			
Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal	✓
Recrutement	14a	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons	✓
	14b	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi	✓
Données initiales	15	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu	✓
Effectifs analysés	16	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe	✓
Critères de jugement et estimations	17a	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine	✓
	17b	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalles de confiance à 95%)	✓
Analyses accessoires	18	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée	
Risques	19	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires	
		Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe (pour un conseil détaillé voir 'CONSORT for harms')	
DISCUSSION			
Limitations	20	Limitations de l'essais, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses	✓
"Généralisabilité"	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai	✓
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	✓
INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES			
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé	✓
Protocole	24	Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible	✓
Financement	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs	✓

* Il est instamment recommandé de lire cette liste CONSORT 2010 à l'aide du document 'CONSORT 2010 Explanation and Elaboration' pour mieux comprendre les clarifications apportées à cette nouvelle version. Si opportun, il est aussi recommandé de lire les extensions CONSORT pour les essais en grappes randomisées, les essais de non-infériorité et d'équivalence, les traitements non médicamenteux, les interventions à base d'herbes, les essais pragmatiques. D'autres futures extensions sont attendues. Pour ces extensions et pour des références récentes en rapport avec cette liste CONSORT 2010, aller à : <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview/>

Traduction originale de la liste CONSORT 2010 issue de l'article de: Schulz KF, Laitman DG, Moher D, CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials. *PLoS Med.* 2010;7(3): e1000251. doi:10.1371/journal.pmed.1000251, et d'après la traduction originale de la liste CONSORT 2001 par Pauline Brindei, Caroline Tourroux, Jean-Philippe Jais et Paul Landais, 2006, consultable en version interactive sur <http://eb.medecine.univ-paris5.fr/moodle/course/view.php?id=2>

Revue d'Odontologie Stomatologie Février 2010 pp 32-36
 extrait de : Cannac C, Viargues P, Dot D. L'écriture scientifique: approche et discussion. *Rev Odont Stomat* 2010;39:3-75

A94

Tableau 2. Traduction en langue française de la grille STARD (2015).

Traduction finale STARD (2015) en langue française		Repéré à la page #
TITRE OU RÉSUMÉ		
1	Identification en tant qu'étude de l'exactitude d'un test diagnostique avec au moins une mesure d'exactitude (la sensibilité, la spécificité, les paramètres prédictifs, l'aire ROC).	✓
RÉSUMÉ		
2	Résumé structuré du devis de l'étude, sa méthodologie, ses résultats et ses conclusions (voir « STARD for abstracts » pour informations supplémentaires).	✓
INTRODUCTION		
3	Mise en contexte scientifique et clinique, incluant les utilisations prévues et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
4	Objectifs et hypothèses de l'étude.	✓
MÉTHODOLOGIE		
Devis de l'étude	5 La collecte des données a-t-elle été planifiée avant la mise à l'épreuve du test diagnostique avec le test de référence (étude prospective) ou après la mise à l'épreuve (étude rétrospective) ?	✓
Participants	6 Critères d'inclusion.	✓
	7 Sur quels critères de base ont été identifiés/recrutés les participants (p. ex. symptômes, résultats d'examens précédents, consultation d'un registre de patients).	✓
	8 Où et quand les participants éligibles ont été identifiés (lieu, contexte et dates).	✓
	9 Les participants ont-ils été recrutés suivant un échantillonnage probabiliste (aléatoire) ou accidentel (dit "de convenance") ?	✓
Méthodes et techniques des tests	10a Le test diagnostique est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
	10b Le test de référence est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
	11 La logique ou la raison sous-jacente au choix du test de référence est énoncé (notamment s'il existe d'autres tests possibles).	✓
	12a La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test diagnostique concernant ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distinguées qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
	12b La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test de référence pour ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distinguées qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
	13a Les données cliniques et les résultats du test de référence étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test diagnostique.	✓
	13b Les données cliniques et les résultats du test diagnostique étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test de référence.	✓
Analyse	14 Les méthodes utilisées pour estimer ou comparer l'exactitude diagnostique.	✓
	15 Comment ont été traités les résultats ambigus du test diagnostique et du test de référence.	✓
	16 Comment ont été traitées les données manquantes du test diagnostique et du test de référence.	✓
	17 La variabilité des données diagnostiques est considérée, et analysée, en distinguant les résultats découlant des seuils pré-spécifiées des seuils exploratoires.	✓
	18 Taille prévue de l'échantillon et la méthode par laquelle elle a été fixée.	✓
RÉSULTATS		
Participants	19 Répartition des participants illustrée dans un diagramme.	✓
	20 Données démographiques et cliniques des participants.	✓
	21a Les degrés de sévérité sont répartis (distribués) chez les participants ayant la condition ciblée.	✓
	21b Les diagnostics alternatifs sont répartis parmi les participants n'ayant pas la condition ciblée.	✓
	22 Intervalle de temps et liste des interventions cliniques entre le temps du test diagnostique et du test de référence.	✓
Résultats des tests	23 Tableau comparatif (tableau croisé) des résultats du test diagnostique et du test de référence.	✓
	24 Estimation de l'exactitude et de la précision diagnostique (p. ex. intervalle de confiance à 95 %).	✓
	25 Effets secondaires indésirables imputables à la réalisation du test diagnostique ou du test de référence.	✓
DISCUSSION		
	26 Limites de l'étude, incluant les biais potentiels, l'incertitude statistique et la généralisabilité.	✓
	27 Implications pour la pratique, incluant l'utilisation prévue et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
AUTRES INFORMATIONS		
	28 Numéro d'enregistrement et nom du registre.	✓
	29 Référence pour récupérer le protocole complet de l'étude.	✓
	30 Sources de financement et autres soutiens logistiques ; rôle des donateurs.	✓

A 121.



CARE Checklist of information to include when writing a case report



Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report"	✓
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	✓
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings	✓
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes	✓
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case?	✓
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	✓
Patient Information	5a	De-identified patient specific information	✓
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient	
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information	
	5d	Relevant past interventions with outcomes	✓
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings	✓
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline	✓
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys)	✓
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural)	✓
Therapeutic Intervention	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered)	✓
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	✓
	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	✓
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	
Follow-up and Outcomes	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale)	
	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available)	✓
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	✓
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?)	✓
Discussion	10d	Adverse and unanticipated events	
	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report	✓
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references	✓
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes)	✓
Patient Perspective Informed Consent	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion	✓
	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received	
	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

A 127

Dossier

M. Gedda

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation	
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé	✓
Introduction			
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question	✓
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>	✓
Méthodes			
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document	✓
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données	
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas	✓
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant	✓
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe	
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais	
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure	✓
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi	✓
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité	
Résultats			
Population	13*	(a) Rappporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux	✓
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)	✓

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE (suite).

	Item N°	Recommandation	
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Rapporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés	✓
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable	
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité	
Discussion			
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude	✓
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel	✓
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent	✓
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude	✓
Autre information			
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté	✓

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

C13

Tableau 2. Traduction en langue française de la grille STARD (2015).

Traduction finale STARD (2015) en langue française		Repéré à la page #
TITRE OU RÉSUMÉ		
1	Identification en tant qu'étude de l'exactitude d'un test diagnostique avec au moins une mesure d'exactitude (la sensibilité, la spécificité, les paramètres prédictifs, l'aire ROC).	✓
RÉSUMÉ		
2	Résumé structuré du devis de l'étude, sa méthodologie, ses résultats et ses conclusions (voir « STARD for abstracts » pour informations supplémentaires).	✓
INTRODUCTION		
3	Mise en contexte scientifique et clinique, incluant les utilisations prévues et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
4	Objectifs et hypothèses de l'étude.	✓
MÉTHODOLOGIE		
Devis de l'étude	5 La collecte des données a-t-elle été planifiée avant la mise à l'épreuve du test diagnostique avec le test de référence (étude prospective) ou après la mise à l'épreuve (étude rétrospective) ?	✓
Participants	6 Critères d'inclusion.	✓
	7 Sur quels critères de base ont été identifiés/recrutés les participants (p. ex. symptômes, résultats d'examen précédents, consultation d'un registre de patients).	✓
	8 Où et quand les participants éligibles ont été identifiés (lieu, contexte et dates).	✓
	9 Les participants ont-ils été recrutés suivant un échantillonnage probabiliste (aléatoire) ou accidentel (dit "de convenance") ?	✓
Méthodes et techniques des tests	10a Le test diagnostique est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
	10b Le test de référence est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
	11 La logique ou la raison sous-jacente au choix du test de référence est énoncé (notamment s'il existe d'autres tests possibles).	✓
	12a La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test diagnostique concernant ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distinguées qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
	12b La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test de référence pour ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distinguées qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
	13a Les données cliniques et les résultats du test de référence étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test diagnostique.	✓
	13b Les données cliniques et les résultats du test diagnostique étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test de référence.	✓
Analyse	14 Les méthodes utilisées pour estimer ou comparer l'exactitude diagnostique.	✓
	15 Comment ont été traités les résultats ambigus du test diagnostique et du test de référence.	✓
	16 Comment ont été traitées les données manquantes du test diagnostique et du test de référence.	✓
	17 La variabilité des données diagnostiques est considérée, et analysée, en distinguant les résultats découlant des seuils pré-spécifiées des seuils exploratoires.	✓
	18 Taille prévue de l'échantillon et la méthode par laquelle elle a été fixée.	✓
RÉSULTATS		
Participants	19 Répartition des participants illustrée dans un diagramme.	✓
	20 Données démographiques et cliniques des participants.	✓
	21a Les degrés de sévérité sont répartis (distribués) chez les participants ayant la condition ciblée.	✓
	21b Les diagnostics alternatifs sont répartis parmi les participants n'ayant pas la condition ciblée.	✓
	22 Intervalle de temps et liste des interventions cliniques entre le temps du test diagnostique et du test de référence.	✓
Résultats des tests	23 Tableau comparatif (tableau croisé) des résultats du test diagnostique et du test de référence.	✓
	24 Estimation de l'exactitude et de la précision diagnostique (p. ex. intervalle de confiance à 95 %).	✓
	25 Effets secondaires indésirables imputables à la réalisation du test diagnostique ou du test de référence.	✓
DISCUSSION		
	26 Limites de l'étude, incluant les biais potentiels, l'incertitude statistique et la généralisabilité.	✓
	27 Implications pour la pratique, incluant l'utilisation prévue et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
AUTRES INFORMATIONS		
	28 Numéro d'enregistrement et nom du registre.	✓
	29 Référence pour récupérer le protocole complet de l'étude.	✓
	30 Sources de financement et autres soutiens logistiques ; rôle des donateurs.	✓



CARE Checklist of information to include when writing a case report



Topic	Item	Checklist item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	✓
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report"	✓
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	✓
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings	✓
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes	✓
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case?	✓
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	✓
Patient Information	5a	De-identified patient specific information	✓
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient	✓
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information	✓
	5d	Relevant past interventions with outcomes	✓
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings	✓
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline	✓
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys)	✓
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural)	✓
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered)	✓
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	✓
Therapeutic Intervention	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	✓
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	✓
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale)	✓
Follow-up and Outcomes	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available)	✓
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	✓
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?)	✓
	10d	Adverse and unanticipated events	✓
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report	✓
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references	✓
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes)	✓
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion	✓
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received	✓
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Tableau 2. Traduction en langue française de la grille STARD (2015).

Traduction finale STARD (2015) en langue française		Repéré à la page #
TITRE OU RÉSUMÉ		
1	Identification en tant qu'étude de l'exactitude d'un test diagnostique avec au moins une mesure d'exactitude (la sensibilité, la spécificité, les paramètres prédictifs, l'aire ROC).	✓
RÉSUMÉ		
2	Résumé structuré du devis de l'étude, sa méthodologie, ses résultats et ses conclusions (voir « STARD for abstracts » pour informations supplémentaires).	✓
INTRODUCTION		
3	Mise en contexte scientifique et clinique, incluant les utilisations prévues et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
4	Objectifs et hypothèses de l'étude.	✓
MÉTHODOLOGIE		
Devis de l'étude	5 La collecte des données a-t-elle été planifiée avant la mise à l'épreuve du test diagnostique avec le test de référence (étude prospective) ou après la mise à l'épreuve (étude rétrospective) ?	✓
Participants	6 Critères d'inclusion.	✓
	7 Sur quels critères de base ont été identifiés/recrutés les participants (p. ex. symptômes, résultats d'exams précédents, consultation d'un registre de patients).	✓
	8 Où et quand les participants éligibles ont été identifiés (lieu, contexte et dates).	✓
	9 Les participants ont-ils été recrutés suivant un échantillonnage probabiliste (aléatoire) ou accidentel (dit "de convenance") ?	✓
Méthodes et techniques des tests	10a Le test diagnostique est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
	10b Le test de référence est suffisamment documenté/détaillé pour assurer la reproductibilité.	✓
	11 La logique ou la raison sous-jacente au choix du test de référence est énoncé (notamment s'il existe d'autres tests possibles).	✓
	12a La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test diagnostique concernant ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distingués qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
	12b La définition et le rationnel sous-jacent pour la positivité du test de référence pour ses valeurs de point de coupure (ou valeurs seuils) ou les résultats catégoriels (ou de hiérarchisation) sont distingués qu'elles soient pré-spécifiées ou exploratoires.	✓
	13a Les données cliniques et les résultats du test de référence étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test diagnostique.	✓
	13b Les données cliniques et les résultats du test diagnostique étaient disponibles aux examinateurs/lecteurs du test de référence.	✓
Analyse	14 Les méthodes utilisées pour estimer ou comparer l'exactitude diagnostique.	✓
	15 Comment ont été traités les résultats ambigus du test diagnostique et du test de référence.	✓
	16 Comment ont été traités les données manquantes du test diagnostique et du test de référence.	✓
	17 La variabilité des données diagnostiques est considérée, et analysée, en distinguant les résultats découlant des seuils pré-spécifiées des seuils exploratoires.	✓
	18 Taille prévue de l'échantillon et la méthode par laquelle elle a été fixée.	✓
RÉSULTATS		
Participants	19 Répartition des participants illustrée dans un diagramme.	✓
	20 Données démographiques et cliniques des participants.	✓
	21a Les degrés de sévérité sont répartis (distribués) chez les participants ayant la condition ciblée.	✓
	21b Les diagnostics alternatifs sont répartis parmi les participants n'ayant pas la condition ciblée.	✓
	22 Intervalle de temps et liste des interventions cliniques entre le temps du test diagnostique et du test de référence.	✓
Résultats des tests	23 Tableau comparatif (tableau croisé) des résultats du test diagnostique et du test de référence.	✓
	24 Estimation de l'exactitude et de la précision diagnostique (p. ex. intervalle de confiance à 95 %).	✓
	25 Effets secondaires indésirables imputables à la réalisation du test diagnostique ou du test de référence.	✓
DISCUSSION		
	26 Limites de l'étude, incluant les biais potentiels, l'incertitude statistique et la généralisabilité.	✓
	27 Implications pour la pratique, incluant l'utilisation prévue et le rôle clinique du test diagnostique.	✓
AUTRES INFORMATIONS		
	28 Numéro d'enregistrement et nom du registre.	✓
	29 Référence pour récupérer le protocole complet de l'étude.	✓
	30 Sources de financement et autres soutiens logistiques ; rôle des donateurs.	✓

Annexe 11 : WAST (45)

1. In general, how would you describe your relationship ?
 - a lot of tension some tension no tension
2. Do you and your partner work out arguments with :
 - great difficulty some difficulty no difficulty
3. Do arguments ever result in you feeling down or bad about yourself ?
 - often sometimes never
4. Do arguments ever result in hitting, kicking or pushing ?
 - often sometimes never
5. Do you ever feel frightened by what your partner says or does ?
 - often sometimes never
6. Has your partner ever abused you physically ?
 - often sometimes never
7. Has your partner ever abused you emotionally ?
 - often sometimes never
8. Has your partner ever abused you sexually ?
 - often sometimes never

Annexe 12 : WAST francophone

1. En général comment décririez-vous votre relation de couple ?
 - Très tendue / quelque peu tendue / aucune tension
2. Quand il y a dispute dans votre couple, solutionnez-vous le conflit avec...
 - Beaucoup de difficultés / une certaine difficulté / aucune difficulté
3. Vos disputes vous font-elles parfois vous déprécier ou vous bouleversent-elles ?
 - Souvent / parfois / jamais
4. Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou de la bousculade ?
 - Souvent / parfois / jamais
5. Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire ?
 - Souvent / parfois / jamais
6. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement ?
 - Souvent / parfois / jamais
7. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous émotivement ?

Souvent / parfois / jamais

Annexe 13 : HITS

HITS (40)					
Over the last 12 months, how often did your partner :	Never 1	Rarely 2	Sometimes 3	Fairly Often 4	Frequently 5
Physically HURT you					
INSULT you or talk down to you					
THREATEN you with physical harm					
SCREAM or curse at you					

Annexe 14 : Version originale et version espagnole de l'Index of Spouse Abuse (56)

Original Version Hudson & McIntosh, United States, 1981	Spanish Version Analyzed in This Article Plazaola-Castaño et al., Spain, 2009
1. Belittles me (NP)	1. Me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien) (NP)
2. Demands obedience to his whims (NP)	2. Me exige obediencia ante sus caprichos (NP)
3. Becomes surly and angry if I tell him he is drinking too much (P)	3. Se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado (NP)
4. Makes me perform sex acts that I do not enjoy or like (P)	4. Me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto (P)
5. Becomes very upset if dinner, housework or laundry is not done when he thinks it should be (NP)	5. Le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo (NP)
6. Is jealous and suspicious of my friends (NP)	6. Tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo) (NP)
7. Punches me with his fists (P)	7. Me da puñetazos (P)
8. Tells me I am ugly and unattractive (NP)	8. Me dice que soy fea y poco atractiva (NP)
9. Tells me I really couldn't manage or take care of myself without him (NP)	9. Me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él (NP)
10. Acts like I am his personal servant (NP)	10. Actúa como si yo fuera su criada personal (NP)
11. Insults or shames me in front of others (NP)	11. Me insulta o me avergüenza delante de los demás (NP)
12. Becomes very angry if I disagree with his point of view (NP)	12. Se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él (NP)
13. Threatens me with a weapon (P)	13. Me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo un cuchillo) (P)
14. Is stingy in giving me enough money to run our home (NP)	14. Es tacaño a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa (NP)
Extra. Controls my expenses and often complains because I expend too much (i.e. clothes, telephone, etc.) ³	Extra. Controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc.) (NP) ³
15. Belittles me intellectually (NP)	15. No me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc.) (NP)

Original Version Hudson & McIntosch, United States, 1981	Spanish Version Analyzed in This Article Plazaola-Castaño et al., Spain, 2009
16. Demands that I stay home to take care of the children (NP)	16. Exige que me quede en casa cuidando de los niños (NP)
17. Beats me so badly that I must seek medical help (P)	17. Me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica (P)
18. Feels that I should not work or go to school (NP)	18. Cree que no debería trabajar o estudiar (NP)
19. Is not a kind person (NP)	19. No es una persona amable (NP)
20. Does not want me to socialize with my female friends (NP)	20. No quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo) (NP)
21. Demands sex whether I want it or not (NP)	21. Exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no (P)
22. Screams and yells at me (P)	22. Me chilla y me grita por cualquier motivo (NP)
23. Slaps me around my face and head (P)	23. Me da bofetadas en la cara y la cabeza (P)
24. Becomes abusive when he drinks (P)	24. Se pone agresivo conmigo cuando bebe (P)
25. Orders me around (NP)	25. Es un mandón y me da órdenes constantemente (NP)
26. Has no respect for my feelings (NP)	26. No respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones (NP)
27. Acts like a bully toward to me (P) ^a	
28. Frightens me (P)	28. Me asusta y me da miedo (NP)
29. Treats me like a dunce (NP)	29. Me trata como si fuera idiota (NP)
30. Acts like he would like to kill me (P)	30. Actúa como si quisiera matarme (P)

Note: In parenthesis after each one of the Items, "P" means "Physical scale", and "NP" means "Nonphysical scale".

a. An extra Item was included in the Spanish version, and Item 27 from the original one was dropped, as a result of the content validity and consultation with experts in the country.

Annexe 15 : Internal Consistency Reliability^a and Factor Loadings for CAS for Self-Report Experience on Preliminary Validation Study, Using the Final 30-Item Scale₍₅₇₎

Items (Cronbach's Alpha) <i>N</i> = 427	Original Item-Total <i>r</i> ^b	Final Item-Total <i>r</i>	Factor Loadings
Severe combined abuse ($\alpha = .9096$)			
Kept me from medical care	.88	.85	.65
Used a knife or gun or other weapon	.84	.77	.55
Locked me in the bedroom	.77	.73	.58
Put foreign objects in my vagina	.72	.67	.57
Refused to let me work outside the home	.66	.58	.50
Raped me	.75	.76	.69
Tried to rape me	.76	.75	.66
Took my wallet and left me stranded	.73	.73	.54
Emotional abuse ($\alpha = .9310$)			
Told me that I was crazy	.68	.66	.71
Tried to convince family, friends, and children that I was crazy	.78	.77	.59
Became upset if dinner/housework wasn't done when they thought it should be	.64	.64	.55
Told me that I wasn't good enough	.66	.74	.77
Tried to keep me from seeing or talking to my family	.68	.66	.52
Told me that I was stupid	.65	.81	.76
Tried to turn my family, friends, and children against me	.75	.79	.65
Did not let me socialize with my female friends	.66	.72	.56
Told me that I was ugly	.62	.68	.63
Told me no one else would want me	.65	.82	.72
Blamed me for their violence	.79	.78	.63
Physical abuse ($\alpha = .9434$)			
Shook me	.82	.83	.62
Hit or tried to hit me with something	.86	.84	.70
Pushed, grabbed, or shoved me	.87	.85	.62
Kicked me, bit me, or hit with a fist	.82	.82	.66
Slapped me	.85	.86	.73
Threw me	.75	.82	.65
Beat me up	.73	.83	.74
Harassment ($\alpha = .8710$)			
Harassed me over the telephone	.77	.75	.74
Harassed me at work	.76	.55	.51
Followed me	.72	.70	.61
Hung around outside my house	.72	.72	.65

^aReliability measured by Cronbach's alpha. ^bItem-total correlations.

Annexe 16 : Version française du WAST

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 ?

<input type="checkbox"/> Très tendue	<input type="checkbox"/> Assez tendue	<input type="checkbox"/> Sans tension
--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------
2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?

<input type="checkbox"/> Très difficilement	<input type="checkbox"/> Assez difficilement	<input type="checkbox"/> Sans difficulté
---	--	--
3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?

<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> 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) ?

<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Jamais
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------
5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?

<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Jamais
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------
6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?

<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Jamais
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------
7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?

<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Jamais
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------
8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?

<input type="checkbox"/> Souvent	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Jamais
----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Les réponses sont cotées de 0 à 2 sur une échelle de Likert. Le score total varie de 0 à 16 (63)

Annexe 17 : Grille PRISMA de cette revue de la littérature

Section/sujet	N°	Critère de contrôle
TITRE Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.
RÉSUMÉ Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.
INTRODUCTION Contexte	3	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.

Objectifs	4	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOSa).
METHODE Protocole et enregistrement	5	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.
Critère d'éligibilité	6	Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.
Source d'information	7	Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche.
Recherche	8	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.
Sélection des études	9	Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).
Extraction des données	10	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.
Données	11	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées.
Risque de biais inhérent à chaque étude	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au

		niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.
Quantification des résultats	13	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : risk ratio, différence entre les moyennes).
Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : I ²) pour chaque méta-analyse.
Risque de biais transversal aux études	15	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études).
Analyse complémentaire	16	Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues a priori.
RESULTATS Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.
Caractéristiques des études sélectionnées	18	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références.
Risque de biais relatif aux études	19	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12).
Résultats de chaque étude	20	Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les ampleurs d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt (forest plot).

Synthèse des résultats	21	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.
Risque de biais transversal aux études	22	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15).
Analyse complémentaire	23	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]).
DISCUSSION Synthèse des niveaux de preuve	24	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs).
Limites	25	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification).
Conclusion	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.
FINANCEMENT	27	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique.

AUTEURE : Nom : MIETTE

Prénom : Raphaëlle

Date de soutenance : 14 décembre 2021

Titre de la thèse : Les outils de dépistage des violences conjugales en médecine générale. Revue systématique de la littérature.

Thèse - Médecine - Lille « 2021 »

Cadre de classement : *Médecine Générale*

DES + spécialité : *DES de Médecine Générale*

Mots-clés : Outils de dépistage, Violences conjugales, Médecine générale

Résumé

Contexte : Les Violences conjugales (VC) touchent environ 30% des femmes au niveau international et une proportion non négligeable d'hommes. Le dépistage systématique des VC en médecine générale est préconisé depuis plus de 20 ans en France, mais actuellement toujours très peu réalisé. Quels sont les outils de dépistage à la disposition des médecins généralistes pour le réaliser ?

Méthode : Revue de la littérature selon la méthode PRISMA. Trois moteurs de recherche ont été interrogés entre le 17/01/2021 et le 07/07/2021 : PubMed, Cochrane Library et Web of Science.

Résultats : La formation, l'approche centrée patient, le dépistage assisté par ordinateur et les questionnaires (auto* ou hétéro-questionnaires) sont différents outils efficaces à disposition du médecin généraliste. Les WAST, WAST-Short et HITS se distinguent des autres auto-questionnaires par leurs excellentes propriétés psychométriques, leur fiabilité, simplicité et rapidité d'utilisation.

Il existe peu d'outils mis en place et validés en France, la plupart sont anglophones ou hispaniques. Il existe de nombreuses données sur le dépistage des femmes victimes de VC mais seuls 2 questionnaires s'intéressent au dépistage des hommes victimes de VC. Le dépistage des hommes, des adolescents et des personnes âgées reste très peu étudié.

Conclusion : Il faut améliorer la formation et l'information des médecins généralistes sur le sujet. Les auto-questionnaires WAST, WAST-Short et HITS apparaissent comme de bons outils de dépistage, associés à une approche centrée patient et à une sensibilisation des patients et des médecins. Le HITS est le seul validé dans le dépistage des hommes et des femmes.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Assesseur : Monsieur le Docteur Maxime CAUCHIE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc BAYEN