



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Utilisation d'un QR-Code sur une affiche en salle d'attente comme support de dépistage des violences conjugales en soins premiers.**

Présentée et soutenue publiquement le 8 décembre à 16h  
au Pôle Formation  
par **Alix Teneur**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame le Professeur Véronique HOUFFLIN-DEBARGE**

**Assesseur :**

**Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

---

## Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MG : Médecin(s) généraliste(s)

SF : Sage(s)-femme(s)

VC : Violences conjugales

QR-Code : Quick Response Code

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

MIPROF : Mission Interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humaines

HITS : Hurt, Insult, Threaten, Scream

The WAST : The Woman Abuse Screening Tool

USPSTF : United States Preventive Services Task Force

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

HAS : Haute Autorité de Santé

CPP : Comité de Protection des Personnes

DPO : Délégué de la Protection de Données

## Table des matières

<b>1</b>	<b>RESUME</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>6</b>
3.1	OBJECTIF PRINCIPAL .....	6
3.2	OBJECTIFS SECONDAIRES.....	6
<b>4</b>	<b>MATERIELS ET METHODES</b> .....	<b>7</b>
4.1	CONCEPT DE L'ETUDE .....	7
4.1.1	<i>Type d'étude</i> .....	7
4.1.2	<i>Population étudiée</i> .....	7
4.1.3	<i>Création de l'affiche et contenu</i> .....	8
4.2	METHODE DES TESTS.....	8
4.2.1	<i>Le test étudié</i> .....	8
4.2.2	<i>Le test de référence</i> .....	9
4.2.3	<i>Lecture des tests</i> .....	9
4.3	DEROULEMENT DE L'ETUDE .....	10
4.3.1	<i>Lieu de l'étude</i> .....	10
4.3.2	<i>Recrutement des investigateurs</i> .....	10
4.3.3	<i>Recrutement des participantes</i> .....	10
4.3.4	<i>Méthode de recueil des données</i> .....	10
4.3.5	<i>Nature des données recueillies</i> .....	11
4.4	ANALYSE STATISTIQUE .....	12
4.4.1	<i>Analyse descriptive</i> .....	12
4.4.2	<i>Analyse bivariée</i> .....	12
4.4.3	<i>Test de concordance</i> .....	12
4.5	CADRE REGLEMENTAIRE.....	12
<b>5</b>	<b>RESULTATS</b> .....	<b>14</b>
5.1	PARTICIPATION .....	14
5.1.1	<i>Participation des investigateurs</i> .....	14
5.1.2	<i>Participation des patientes</i> .....	15
5.1.3	<i>Caractéristiques de la population</i> .....	17
5.2	RYTHME DE PARTICIPATION .....	18
5.2.1	<i>Évolution de la participation des professionnels de santé</i> .....	18
5.2.2	<i>Rythme de participation au questionnaire de référence</i> .....	19
5.2.3	<i>Rythme d'utilisation du QR-Code</i> .....	20
5.2.4	<i>Comparaison des rythmes d'inclusion</i> .....	21
5.3	DEPISTAGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES .....	22
5.3.1	<i>Dépistage par le questionnaire de référence ou par le WAST</i> .....	22
5.3.2	<i>Concordance des réponses aux deux questionnaires</i> .....	22
5.4	AUTRES ANALYSES .....	23
5.4.1	<i>Connaissance ou non des violences par le professionnel de santé</i> .....	23
5.4.2	<i>Réponses au questionnaire WAST des patientes ayant répondu ne pas être victimes à leur professionnel de santé</i> .....	24
<b>6</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>26</b>
6.1	RESULTATS PRINCIPAUX .....	26
6.2	RESULTATS SECONDAIRES.....	27
6.2.1	<i>1<sup>er</sup> objectif</i> .....	27
6.2.2	<i>2<sup>ème</sup> objectif</i> .....	27
6.2.3	<i>3<sup>ème</sup> objectif</i> .....	28
6.3	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE .....	29
6.3.1	<i>Forces</i> .....	29

6.3.2	<i>Faiblesses</i> .....	30
<b>7</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>32</b>
<b>8</b>	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>33</b>
<b>9</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>36</b>
9.1	AFFICHE SUR LES VIOLENCES CONJUGALES .....	36
9.2	QUESTIONNAIRE DE REFERENCE POSE PAR L'INVESTIGATEUR .....	37
9.3	QUESTIONNAIRE WAST .....	38
9.4	FEUILLE DE CONSENTEMENT .....	39
9.5	NOTICE D'INFORMATION PATIENTE .....	40
9.6	DECLARATION CNIL.....	42

# 1 Résumé

**Contexte** : En France, une femme sur 10 est victime de violences conjugales. En 2020, 102 femmes sont décédées suite aux violences de leur conjoint ou ex-conjoint. C'est un sujet au cœur des problématiques de santé publique et le repérage systématique est à l'heure actuelle recommandé par l'HAS. Il existe désormais des outils à disposition pour aider les professionnels de santé dans ce repérage, notamment les médecins généralistes et sage-femmes, qui jouent un rôle primordial. En 2020, un outil simple, le questionnaire WAST, a été validé en France pour identifier les violences conjugales en pratique courante afin de faire un repérage précoce (score  $\geq 5$ ). L'apprivoisement des nouvelles technologies amène à se questionner sur la place du QR-Code comme nouvel outil de dépistage.

**But de l'étude** : Déterminer si la présence d'un QR-code donnant accès au WAST, sur une affiche en salle d'attente portant sur les violences conjugales, était exploité par les patientes.

**Matériels et méthodes** : Étude observationnelle, transversale et multicentrique réalisée dans la région des Hauts-de-France. Le test de référence était un hétéro-questionnaire posé par les médecins généralistes et les sage-femmes aux femmes pendant la consultation. Le test étudié était le questionnaire WAST complété par les patientes ayant flashé le QR-code présent sur l'affiche en salle d'attente.

**Résultats** : Nous avons recueilli 227 questionnaires de référence et 40 réponses au questionnaire WAST. Uniquement 1,4% des femmes ayant vu l'affiche ont scanné le QR-Code et répondu au questionnaire WAST avant la consultation, 15 femmes y ont répondu suite à la consultation et 23 patientes sans subir le questionnaire de référence. Le questionnaire de référence a permis de faire le dépistage de 18% de femmes victimes de violences conjugales.

**Conclusion** : L'utilisation du QR-Code sur une affiche en salle d'attente est négligeable et n'a donc pas permis de modifier le comportement de dépistage des violences conjugales.

## **2 Introduction**

Les violences conjugales, définies par l'OMS comme « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime cause un préjudice physique, sexuel ou psychologique » sont en France, depuis plusieurs années, au cœur des problématiques de santé publique. (1)

En 1997, une Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) a été décidée puis réalisée de mars à juillet 2000 sur un échantillon représentatif de 7 000 femmes âgées de 20 à 59 ans révolus. Cette grande enquête a permis de mettre en lumière de nombreuses données épidémiologiques :

- Sur les douze derniers mois, une femme sur dix a été victime d'actes de violence conjugale.
- En France métropolitaine, la violence psychologique est la forme la plus répandue (une femme sur quatre), avant les agressions verbales puis physiques et enfin sexuelles (près d'une femme sur cent).
- Les violences conjugales sont liées à l'âge et les femmes entre 20 et 24 ans sont environ deux fois plus exposées que leurs aînées. (2)

En 2019, la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humaines (MIPROF) a recensé 213000 femmes âgées de 18 à 75 ans qui au cours de l'année, ont été victimes de violences physiques ou sexuelles par leurs conjoints ou ex-conjoints. On dénombre 173 décès par violence conjugale dont 146 femmes soit 84% des victimes. (3)

En 2021, on enregistre une augmentation du nombre de décès de 20% par rapport à 2020 avec 143 décès dont 122 femmes (soit 85%). (4)

Nous sommes d'autant plus concernés que la région des Hauts-de-France était la plus exposée en 2020 avec un total de 19 victimes par mort violente. En 2021, c'est la région Occitanie qui était la plus exposée devant les Hauts-de-France. (5)

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans le dépistage de ces violences. Dans 24% des cas, le médecin est choisi comme premier interlocuteur par les femmes victimes de violence, avant la police et la gendarmerie (13%), la justice ou les

associations. En 2001, le rapport Henrion place le médecin au centre du dépistage et préconise de dépister systématiquement les violences.

Selon l'enquête ENVEFF, 73% des femmes victimes auraient aimé que leur médecin généraliste leur pose la question. A noter que 52% ne font aucune démarche spontanément. Les spécialités médicales les plus impliquées sont les médecins généralistes, les sage-femmes, les urgentistes et les gynécologues-obstétriciens. (6) Lors d'une enquête dirigée par la MIPROF en 2014, 81% des sage-femmes déclaraient avoir été confrontées à des patientes victimes au moins une fois sur les douze derniers mois dont 21% y sont souvent confrontées ou régulièrement. (7)

La majorité des professionnels médicaux et paramédicaux disent se sentir concernés par le dépistage de ces violences mais insuffisamment formés et aidés.

Un dépistage consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue.

Sur le plan international, de nombreux outils ont été développés pour dépister les violences conjugales, dont 11 ont été validés :

<b>Outils</b>	<b>Sexe</b>	<b>Pays</b>	<b>Date</b>	<b>Lieu d'utilisation possible du test</b>
AAS	F	États-Unis	1992	Hôpital (salles d'urgences et cliniques prénatales)
ASI	F	Suède	2005	Hôpital
HARK	F	Angleterre	2007	Hôpital
HITS	F / M	États-Unis	1998	Tous les milieux mais plus dans cliniques médicales
OAS	F / M	États-Unis	2002	Hôpital (salles d'urgences et suivi périnatal)
OVAT	F	États-Unis	2004	Hôpital
PVS	F	États-Unis	1997	Hôpital (consultations aux urgences)
SAFE-T	F	États-Unis	2007	Hôpital (consultations aux urgences)
WAST	F	Canada	1996	Milieu urbain et rural
WEB	F	États-Unis	1995	Cliniques médicales

Parmi eux, seuls le HITS et le WAST sont applicables aux soins premiers. Le HITS n'ayant aucune traduction française et s'adressant aux deux sexes, le questionnaire WAST a rapidement été au centre des préoccupations et son évolution au cours des années a permis d'obtenir sa validation en France en février 2021. (8)

La première version anglaise du questionnaire WAST a été réalisée en 1996 et était composée de 7 questions. (9)

En 2000, il a été ajouté aux 7 questions précédentes, une huitième question portant sur les violences sexuelles. Au final, 91% des femmes ont rapporté être à l'aise pour remplir cet auto-questionnaire. (10)

En 2001, une traduction française de la version anglaise du WAST à 7 questions a été réalisée pour expérimenter une version franco-canadienne. Elle a été considérée comme fiable, valide et discriminante. (11)

En 2020, une adaptation transculturelle a permis de valider une version française du WAST avec une bonne validité et une excellente capacité de discrimination entre les femmes victimes ou non de violences conjugales avec une sensibilité de 97,7% et une spécificité de 97,1%. (12)

Le dépistage des VC chez les femmes en âge de procréer a été classé en grade B par la United States Preventive Services Task Force (USPSTF). (13)

Quant à elle, l'HAS recommande de questionner systématiquement, même en l'absence de signe d'alerte. (14)

Le dépistage par auto-questionnaire en soins premiers peut difficilement se faire au cours de la consultation. Plusieurs études ont été réalisées afin de définir l'intérêt de la salle d'attente dans l'éducation du patient. Pour le patient, la salle d'attente doit être un endroit confortable et agréable pour réduire son impatience, voire son anxiété. Pour le médecin, elle représente un lieu permettant de gérer au mieux le flux des consultations, tout en y faisant passer divers messages de prévention et de promotion de la santé. (15)

En 2018, une étude réalisée par Berkhout *et al.* avait mis en évidence que la présence d'une affiche et de prospectus en salle d'attente n'avaient pas eu d'effet sur le taux de vaccination antigrippale des patients. (16) Une reprise de l'analyse avec trois groupes pour évaluer les artefacts expérimentaux confirmait cette inutilité, et montrait qu'en revanche l'interaction entre soignants et soignés sur 3 ans permettait d'atteindre des taux de vaccination de 70 % sur 3 ans. (17)

Une revue de la littérature effectuée par la même équipe, avait mis en évidence que la présence d'outils audiovisuels en salle d'attente (vidéos sur télé, tablettes...) contribuait à l'amélioration des connaissances des patients mais n'avait pas prouvé d'effet sur les comportements de santé des patients. (18)

En 2016, une thèse de revue de la littérature sur plusieurs études internationales avait pour but d'étudier l'intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaires à visée de dépistage, en salle d'attente de médecine générale. Une seule étude a testé l'auto-questionnaire avec pour support le téléphone portable après l'envoi d'un premier SMS. Les résultats ont montré une bonne participation, une utilisation jugée comme simple et appréciée, sans augmenter le temps passé en salle d'attente. (19)

Depuis 2016, les nouvelles technologies ne cessent d'être apprivoisées par la population. En 2019, une thèse s'est intéressée au QR-code comme support éducatif car il représente un outil gratuit, simple, efficace et facilement identifiable. Par ailleurs, l'étude a mis en évidence que la présence d'un QR-code sur une ordonnance remise par le médecin généraliste était peu utilisée. (20)

En 2021, une thèse a utilisé le QR-code sur une affiche en salle d'attente comme outil d'éducation thérapeutique. Le nombre de patients ayant flashé le QR-code n'était pas significatif. (21)

En revanche, aucune étude utilisant un QR-code sur une affiche en salle d'attente comme support de dépistage n'a été publiée.

Dans ce contexte, il était pertinent de réaliser une étude portant sur le dépistage des femmes victimes de violences conjugales dans un cabinet de médecine générale et/ou de sage-femme libérale à l'aide d'une affiche en salle d'attente proposant l'accès au WAST au moyen d'un QR-Code.

### **3 Objectifs**

#### **3.1 Objectif principal**

L'objectif principal de cette étude était de déterminer si un QR-code sur une affiche en salle d'attente de médecins généralistes ou de sage-femmes, portant sur le dépistage des violences conjugales, était exploité par les patientes disposant d'un téléphone portable.

Le critère de jugement principal était d'évaluer le nombre de patientes ayant vu et flashé l'affiche avant la consultation ou au décours, le nombre de patientes n'ayant pas vu ni flashé le QR-code et celles ne l'ayant pas vu mais qui l'ont flashé à la suite de la consultation.

#### **3.2 Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires étaient :

Pour les patientes ayant répondu au WAST à partir du QR-Code et en présentiel au questionnaire de référence posé par l'investigateur, évaluer la concordance des réponses entre les deux questionnaires.

Le critère de jugement secondaire était le pourcentage de patientes ayant répondu différemment à la question des violences conjugales lors du questionnaire de référence et de l'auto-questionnaire WAST.

Déterminer le nombre de femmes victimes de violences conjugales, dépistées au décours du questionnaire de référence.

Le critère de jugement secondaire était le pourcentage de dépistage de femmes victimes de violences conjugales grâce au questionnaire de référence réalisé lors de la consultation.

Décrire le rythme d'inclusion hebdomadaire des patientes et son évolution pendant la période d'inclusion chez les investigateurs. Décrire le rythme d'utilisation du QR-code dans les salles d'attente. Comparer la survenue d'un épuisement chez les investigateurs et d'une diminution d'utilisation du QR-code chez les patientes.

## **4 Matériels et méthodes**

### **4.1 Concept de l'étude**

#### 4.1.1 Type d'étude

Étude observationnelle, transversale et multicentrique, portant sur le dépistage des femmes victimes de violences conjugales par le questionnaire WAST. Le questionnaire était accessible par Internet via un QR-code apparaissant sur des affiches dans les salles d'attente de MG et de SF libéraux. L'étude s'est déroulée du 30 mai 2022 au 5 octobre 2022.

#### 4.1.2 Population étudiée

##### 4.1.2.1 Critères d'inclusion

Les femmes de plus de 18ans, non accompagnées lors de la consultation, affiliées à un régime obligatoire d'Assurance Maladie ou ayant-droit d'un(e) assuré(e) social(e), attendant en salle d'attente d'un MG ou d'une SF participant à l'étude, quel que soit le motif de consultation.

##### 4.1.2.2 Les critères d'exclusion

Une femme ne possédant pas ou n'ayant pas ce jour-là son téléphone portable ou n'ayant pas accès à internet pour lui permettre de scanner le QR-code.

##### 4.1.2.3 Effectif attendu

Pour une sensibilité de 98 % et une spécificité de 97% au WAST au seuil de 5 points, et une prévalence de femmes battues de 2 %, le nombre de sujets à inclure (femmes ayant répondu au questionnaire) pour  $\alpha=0,025$  et  $\beta=0,90$  est de 346. L'objectif de notre étude était que chaque professionnel recrute entre 15 et 20 patientes.

### 4.1.3 Création de l'affiche et contenu

L'affiche a été réalisée à partir d'une photo disponible sur le site internet iStock dont nous avons payé le crédit pour l'utilisation. Dans un second temps, l'affiche a été conceptualisée par une étudiante en études de communication. Nous avons délibérément choisi des couleurs sombres en essayant de tout de même mettre en évidence le QR-code. (22)

Lorsque la patiente scannait le QR-code présent sur l'affiche en salle d'attente, elle était redirigée sur 2 pages consécutives de présentation de la thèse et ses objectifs. Par la suite, après avoir renseigné la 1<sup>ère</sup> lettre de son prénom, de son nom et son âge, elle avait accès au questionnaire WAST en ligne. Après avoir répondu au questionnaire, il était inscrit « Merci pour votre participation. N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin ou à appeler le 3919 »

## 4.2 **Méthode des tests**

### 4.2.1 Le test étudié

Le test étudié était le remplissage de l'auto-questionnaire WAST par les patientes ayant flashé le QR-code. Ce questionnaire porte sur les douze derniers mois et se compose de 8 questions fermées avec deux premières questions portant sur les relations au sein du couple de manière générale et les six suivantes sur les violences physiques, psychologiques et sexuelles. Le score variait de 0 à 2 en fonction de la situation du couple et des violences, à savoir :

- Très tendue / très difficilement et souvent : 2
- Assez tendue / assez difficilement et parfois : 1
- Sans tension / sans difficulté et jamais : 0

Le risque d'exposition à une situation de violence conjugale a été défini par un score seuil supérieur ou égal à 5 lors de la validation de celui-ci. (12)

#### 4.2.2 Le test de référence

Le test de référence était un questionnaire papier à 7 items complété par les investigateurs (MG et SF). Les femmes avaient déjà été exposées à l'intervention au moment du recrutement car l'affiche avec le QR-code était accrochée en salle d'attente pour être scannée avant la consultation. Lorsque la patiente entrait dans le bureau de consultation, le MG ou la SF, ne savaient donc pas si elle avait répondu au questionnaire WAST via le QR-code.

Les professionnels de santé participants, complétaient alors le questionnaire.

- 1) Avez-vous plus de 18ans ?
  - Oui ou non
- 2) Disposiez-vous en salle d'attente d'un smartphone avec accès à internet ?
  - Oui ou non (si non : posez tout de même la 3<sup>e</sup> question)
- 3) Avez-vous vu l'affiche concernant les violences conjugales en salle d'attente ?
  - Si non : fin du questionnaire
  - Si oui :
- 4) Avez-vous scanné le QR-code ?
  - Si non : fin du questionnaire
  - Si oui :
- 5) Avez-vous répondu au questionnaire ?
  - Si non : allez-vous y répondre à la suite de la consultation ?
  - Si oui :
- 6) Êtes-vous victime de violence conjugale ?
  - Si non : fin du questionnaire
  - Si oui :
- 7) Sous quelle forme ?
  - Verbale ? Psychologique ? Physique ? Sexuelle ?

A la fin du questionnaire, en cas de violences conjugales, il était demandé aux professionnels de santé s'ils avaient déjà connaissance de celles-ci ou non ou s'ils avaient des doutes.

#### 4.2.3 Lecture des tests

La lecture du test étudié a donc été réalisée en insu du test de référence.

### **4.3 Déroulement de l'étude**

#### **4.3.1 Lieu de l'étude**

L'étude s'est déroulée dans les Hauts-de-France, dans 16 cabinets de médecine générale et un cabinet de sage-femme libérale.

#### **4.3.2 Recrutement des investigateurs**

Le recrutement des professionnels de santé s'est fait par sms, appels téléphoniques, e-mails, rencontres lors de stages ou par connaissances personnelles. Chaque professionnel a ensuite été rencontré en personne sur son lieu de travail.

Les MG remplaçants ainsi que les SF remplaçantes dans le cabinet pouvaient s'ils ou elles le souhaitaient, participer.

#### **4.3.3 Recrutement des participantes**

Les femmes ont été recrutées par les professionnels de santé dès qu'ils le souhaitaient et qu'ils le pouvaient au vu des critères d'inclusion et d'exclusion.

Chaque professionnel de santé devait recruter sur la période de l'étude entre 15 et 20 femmes.

#### **4.3.4 Méthode de recueil des données**

La collecte des données était transversale.

Concernant le test étudié, le recueil des données s'est fait par le logiciel Webdev de PCsoft par Mr Jean-Christophe Alexandre. Au total, nous avons recueilli 40 questionnaires WAST.

Le test de référence constitué par les questionnaires papiers complétés par les investigateurs, ont été récupérés après la clôture de l'étude. Les obstacles rencontrés en cours d'investigation ont été notés à cette occasion.

#### 4.3.5 Nature des données recueillies

Les données recueillies étaient les suivantes :

- Les réponses au questionnaire posé par les investigateurs, c'est à dire le test de référence composé de 7 items dont 6 items attendaient une réponse dichotomique et le dernier visait à déterminer le type de violence (verbales, psychologiques, physiques, sexuelles).
- Les réponses au questionnaire WAST, le test étudié. Les modalités de réponses étaient cotées sur une échelle de Likert en trois points, de 0 à 2. Le score total du WAST est obtenu en additionnant les scores des items et un score supérieur ou égal à 5 identifie une femme comme victime potentielle de violence conjugale. (12)

#### **4.4 Analyse statistique**

##### **4.4.1 Analyse descriptive**

Les variables continues étaient décrites par la moyenne et l'écart-type pour une distribution normale, par la médiane, le premier et le troisième quartile en cas de distribution non paramétrique et par l'étendue. La normalité des distributions a été vérifiée par le test de Shapiro-Wilks. Les variables quantitatives étaient décrites par leur nombre et leur pourcentage.

##### **4.4.2 Analyse bivariée**

Les variables quantitatives étaient comparées par un test de Student pour une distribution normale et un test non paramétrique de Wilcoxon dans le cas contraire. Le seuil de significativité a été fixé à 0.05.

##### **4.4.3 Test de concordance**

La concordance entre le WAST complété en ligne et le questionnaire a été vérifiée par un Kappa de Cohen.

#### **4.5 Cadre réglementaire**

Conformément à l'article 54 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les traitements de données à caractère personnel ayant une finalité d'intérêt public d'évaluation dans le domaine de la santé devaient être autorisés par la CNIL. Les dossiers ont été anonymisés avec pour chaque patiente un codage « Initiales du nom, prénom et âge ». Une déclaration à la CNIL a été faite conformément au formulaire MR004. Une déclaration au registre du Délégué de la Protection de Données (DPO) de l'Université de Lille a été enregistrée sous le numéro 2021-318.

Le comité de protection des personnes (CPP) a été sollicité, a approuvé le protocole et conclu à l'inutilité d'un avis délibératif en raison du caractère observationnel de l'étude dans un cadre de soins habituels et d'anonymité des patientes.

L'accord des patientes pour la participation à l'étude a été recueilli par un consentement signé par le médecin et la patiente lors de la consultation, que le médecin gardait en possession par la suite.

Il leur était également remis une notice d'information contenant :

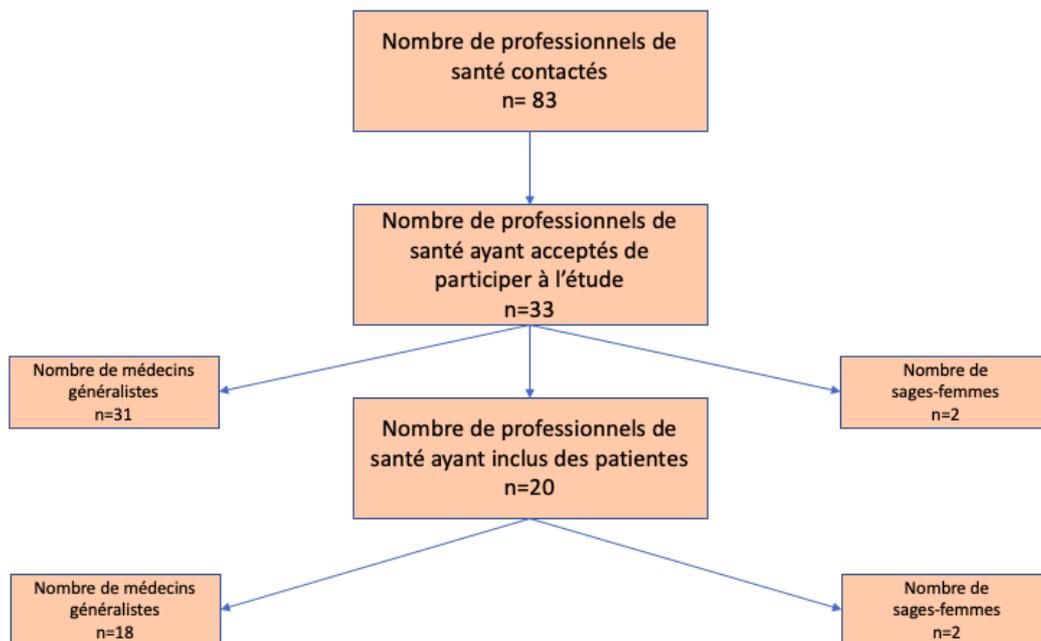
- Les raisons de la participation à cette étude
- L'objectif de la recherche
- Le déroulement de l'étude
- Les bénéfices attendus, les risques
- Les conditions de participation
- Les droits de la patiente
- Les coordonnées du Pr Berkhout en cas de questions et/ou problèmes

## 5 Résultats

### 5.1 Participation

#### 5.1.1 Participation des investigateurs

Diagramme de flux 1. Recrutement des investigateurs



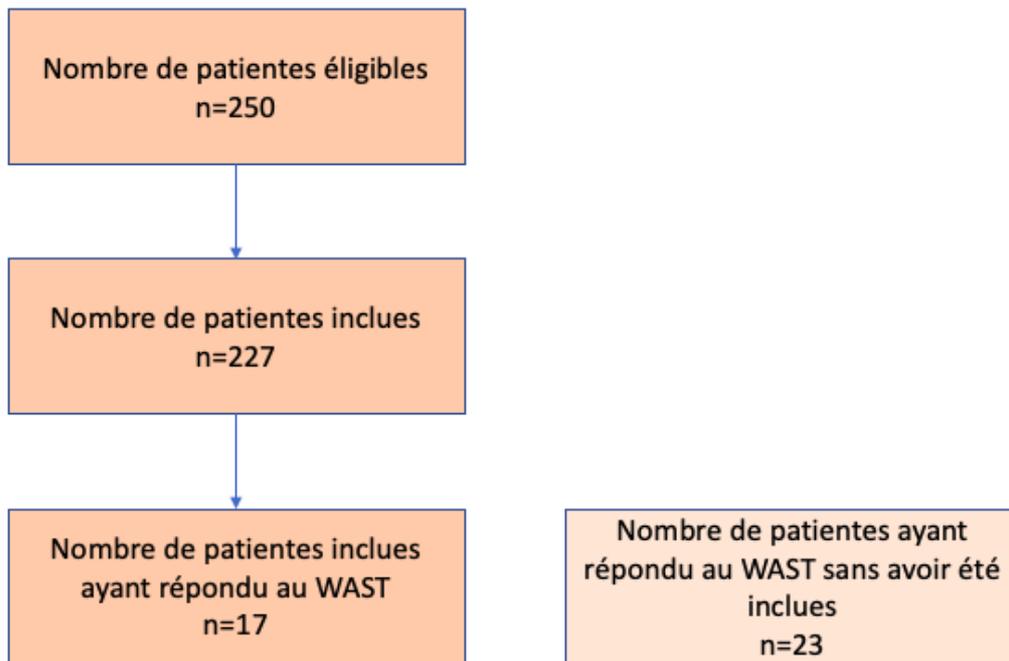
Le recrutement des investigateurs s'est déroulé du 9 février 2022 au 30 mai 2022. Trente-trois professionnels de santé dont 31 MG et 2 SF ont donné leur accord pour participer après avoir réceptionné l'ensemble des documents et l'affiche. Au terme de l'étude, 18 MG et 2 SF ont inclus des patientes. La plupart des médecins ont déclaré qu'ils n'avaient pas trouvé le temps de soumettre le questionnaire au cours de la consultation devant leur charge de travail lourde au cours des vacances d'été.

Le recueil des données a eu lieu du 30 mai au 5 octobre 2022. Au terme de l'étude, la médiane du nombre d'inclusions était de 12 avec un intervalle interquartile à 9 et une étendue des inclusions allant de 24 à 2.

### 5.1.2 Participation des patientes

Deux-cent vingt-sept (N= 227) questionnaires de référence ont été complétés sur les 346 attendus (66%). Quarante patientes ont répondu au questionnaire WAST depuis le QR-Code dont 17 incluses et 23 ayant répondu uniquement au WAST sans être incluses (c'est-à-dire, interrogées par le professionnel de santé ensuite).

Diagramme de flux 2. Inclusion des patientes



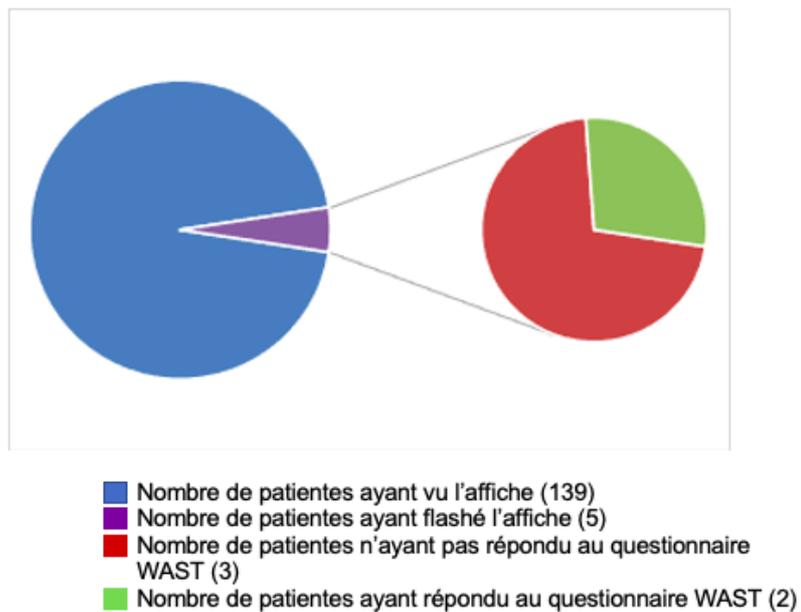
Le nombre de patientes éligibles représente les 227 patientes ayant répondu au questionnaire de référence et les 23 patientes ayant répondu uniquement au WAST en flashant le QR-Code en salle d'attente.

Tableau 1. Réponses au questionnaire d'inclusion

Indicateur	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Echantillon	227	NA
Patientes ayant vu l'affiche avant la consultation	139	61%
Possession d'un smartphone avec internet	199	88%
Patientes ayant scanné l'affiche avant la consultation	5	2%
Patientes ayant répondu au WAST avant la consultation	2	1%
Patientes indiquant vouloir répondre au WAST après la consultation	59	26%
Patientes ayant réellement répondu au WAST après la consultation	15	7%
Patientes ayant répondu aux deux questionnaires	17	7%
Patientes n'ayant pas vu l'affiche mais l'ayant flashé après la consultation	3	1%
Questions sur le fait d'être victime de violences conjugales posés par l'investigateur	89	39%

Parmi les 227 personnes ayant répondu au questionnaire en consultation, 139 (61%) patientes ont indiqué avoir vu l'affiche avant la consultation. Cinq (2%) l'ont flashé avant la consultation et seulement deux d'entre-elles ont répondu au questionnaire (1% des patientes ayant répondu au questionnaire et 1,4% des patientes ayant vu l'affiche).

Figure 1. Répartition des patientes ayant flashé et répondu au questionnaire WAST



### 5.1.3 Caractéristiques de la population

Parmi les 227 femmes ayant répondu au questionnaire du professionnel de santé, l'âge médian était de 40 ans (intervalle interquartile 29-53) et 88% avait un smartphone avec accès à internet.

Parmi les 40 femmes ayant répondu au questionnaire WAST, l'âge médian était de 30 ans (intervalle interquartile 26-39).

## 5.2 Rythme de participation

### 5.2.1 Évolution de la participation des professionnels de santé

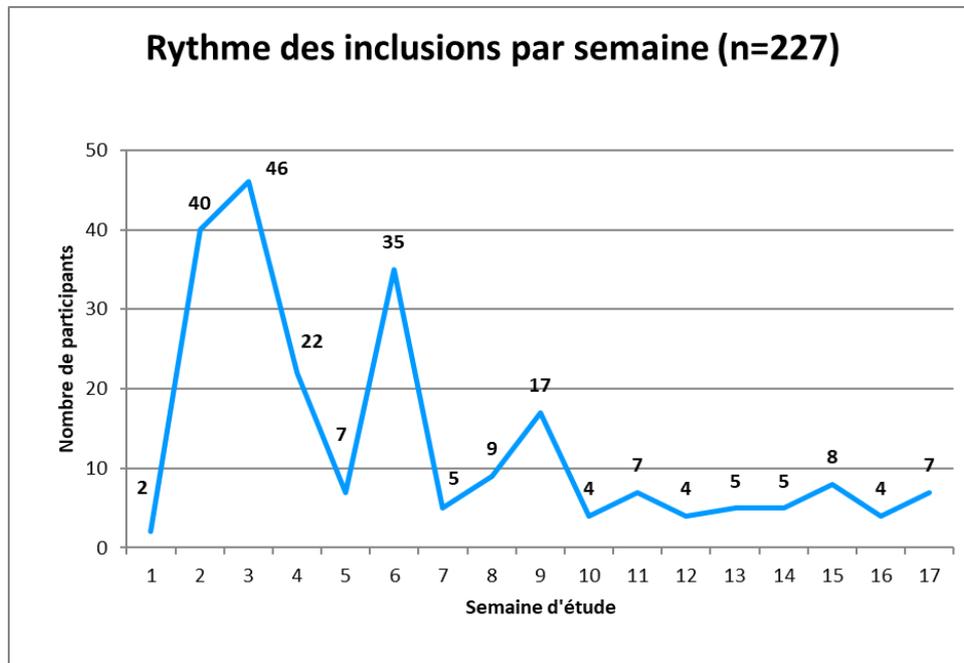
Tableau 2. Évolution du rythme de participation des professionnels de santé

Semaine d'étude	Date correspondante	Effectifs cumulés croissant	Nombre de personnes à qui le questionnaire de référence est proposé	Effectifs cumulés croissant	Nombre de réponses au questionnaire WAST
1	13/06 - 19/06	2	2	0	0
2	20/06 - 26/06	42	40	6	6
3	27/06 - 03/07	88	46	14	8
4	04/07 - 10/07	110	22	19	5
5	11/07 - 17/07	117	7	20	1
6	18/07 - 24/07	152	35	25	5
7	25/07 - 31/07	157	5	26	1
8	01/08 - 07/08	166	9	28	2
9	08/08 - 14/08	183	17	29	1
10	15/08 - 21/08	187	4	30	1
11	22/08 - 28/08	194	7	33	3
12	29/08 - 04/09	198	4	36	3
13	05/09 - 11/09	203	5	37	1
14	12/09 - 18/09	208	5	38	1
15	19/09 - 25/09	216	8	38	0
16	26/09 - 02/10	220	4	39	1
17	03/10 - 09/10	227	7	40	1

On observe un très fort ralentissement des 4 mesures après la 6<sup>e</sup> semaine de l'étude. Si on compare la semaine du 18 juillet avec celle du 25 juillet, le nombre de patientes incluses passe de 35 (15,4%) en 7 jours à 5 en 7 jours (2,2%).

## 5.2.2 Rythme de participation au questionnaire de référence

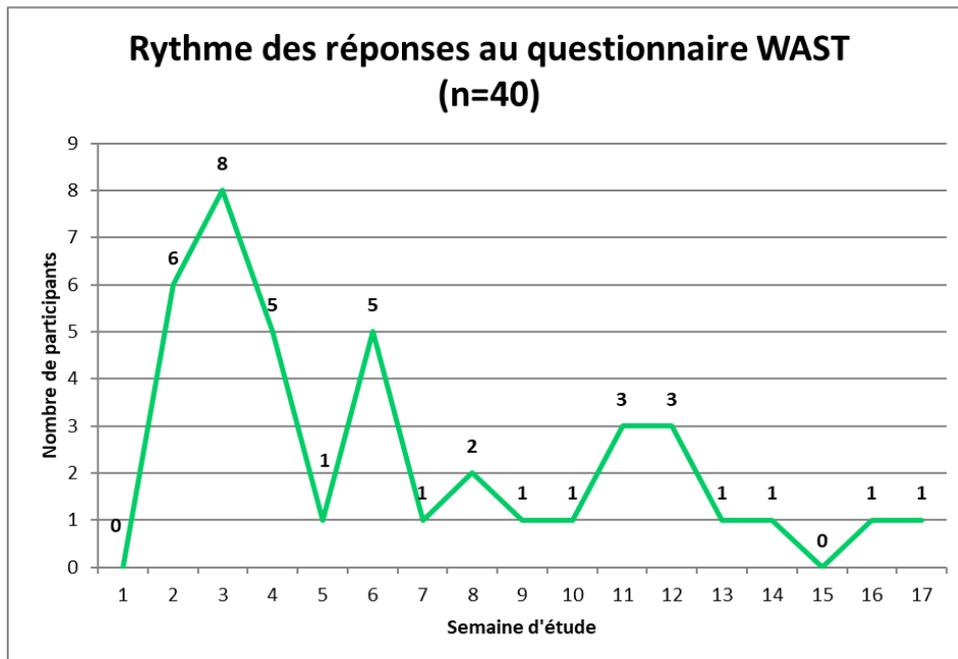
Figure 2. Rythme des inclusions par semaine (n=227)



Il existe un ralentissement important de l'inclusion des patientes après la 6<sup>ème</sup> semaine avec un faible rebond à la fin des vacances estivales (fin août - début septembre). Après la 10<sup>ème</sup> semaine, le nombre d'inclusion est très faible.

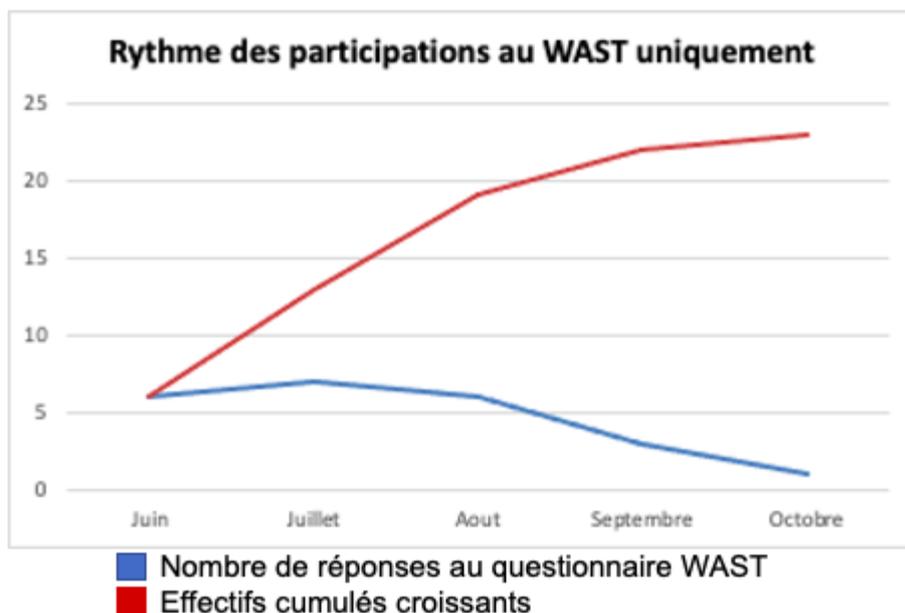
### 5.2.3 Rythme d'utilisation du QR-Code

Figure 3. Rythme des réponses au questionnaire WAST (n=40)



On observe également un pic d'utilisation du QR-Code en début d'étude puis un ralentissement.

Figure 4. Rythme de participation pour les patientes ayant répondu uniquement au questionnaire WAST (n=23)

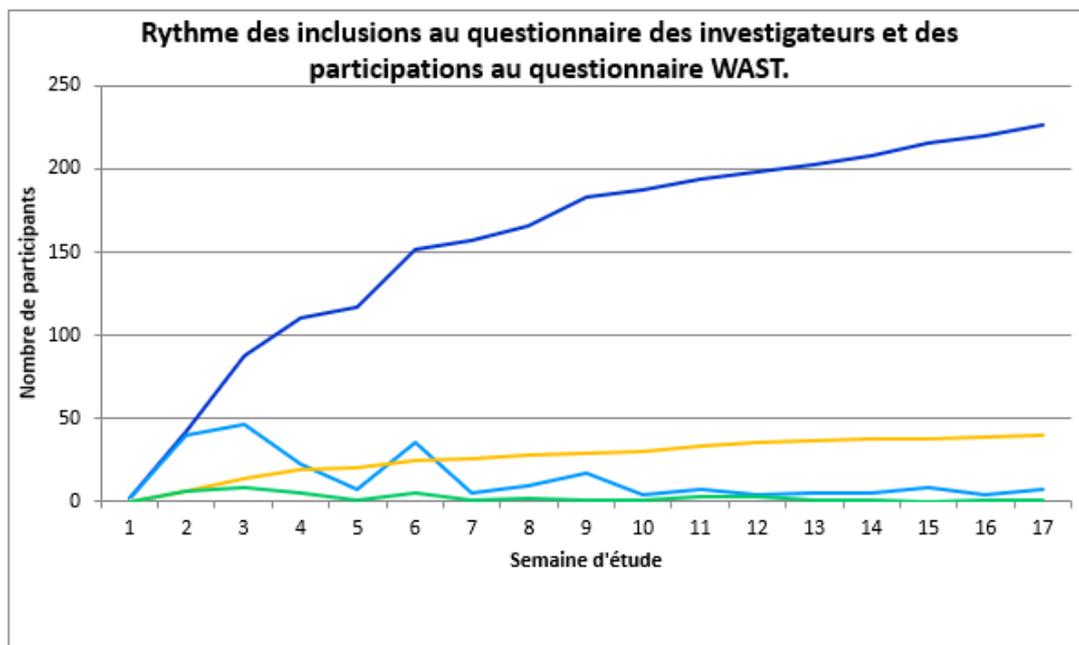


Les patientes ayant uniquement flashé les affiches sans avoir été incluses ensuite, l'ont fait de façon constante lors des 3 premiers mois (6 utilisations en juin et août et 7 utilisations en juillet).

On note une diminution en septembre mais la plupart des MG et SF n'affichaient plus le QR-Code. De plus, il faut prendre en compte que le mois d'octobre se limite à 5 jours dans notre étude.

#### 5.2.4 Comparaison des rythmes d'inclusion

Figure 4. Rythme des inclusions au questionnaire des investigateurs et des participations au questionnaire WAST



- Participation au questionnaire de référence
- Effectifs cumulés croissant des participations au questionnaire de référence
- Participation au questionnaire WAST
- Effectifs cumulés croissant des participations au questionnaire WAST

Nous observons que le rythme d'inclusion au questionnaire de référence diminue principalement à partir de la 10<sup>e</sup> semaine d'étude. Le QR-Code, est très peu utilisé mais son utilisation reste relativement constante.

### 5.3 Dépistage des femmes victimes de violences conjugales

#### 5.3.1 Dépistage par le questionnaire de référence ou par le WAST

Tableau 3. Comparaison de la déclaration d'être victime de violence selon le questionnaire

Type de questionnaire	Nombre de répondants	Nombre se déclarant être victime de violences conjugales (Proportion par rapport à l'échantillon)
WAST avant la consultation	2	0
WAST après la consultation	15	2
WAST au total(*)	40	7 (17,5%)
Questionnaire de référence	89	16 (18%)
Les deux questionnaires	17	2 (12%)

Lors du questionnaire de référence, la question des violences n'était pas posée systématiquement si la patiente n'avait pas vu l'affiche, donc pas scanné le QR-code ou si elle décidait de ne pas répondre au questionnaire WAST suite à la consultation. La question sur l'existence de VC a été posée à 89 femmes sur 227 (39%). Seize patientes sur 89 (18%) ont répondu être victimes de VC.

#### 5.3.2 Concordance des réponses aux deux questionnaires

Tableau 4. Concordance des réponses pour les patientes ayant répondu aux 2 questionnaires

Déclaration	Uniquement au questionnaire de référence	Uniquement au WAST	Aux deux questionnaires	Total
Victime	0	0	2	2
Non Victime	0	0	15	15
Total	0	0	17	17

En résumé, il est possible d'exposer le croisement des réponses aux 2 questionnaires comme suit :

Etre victime ?	Non	Oui	Total général
Non	15	0	15
Oui	0	2	2
Total général	15	2	17

Les 17 femmes ayant répondu aux deux questionnaires ont des réponses totalement similaires. Deux ont répondu via les 2 questionnaires être victimes de VC. Quinze ont répondu via les 2 questionnaires ne pas être victimes et avait bien un score <5.

Le coefficient Kappa (K) de Cohen qui sert à évaluer la concordance est de 1, les réponses sont donc semblables à 100%.

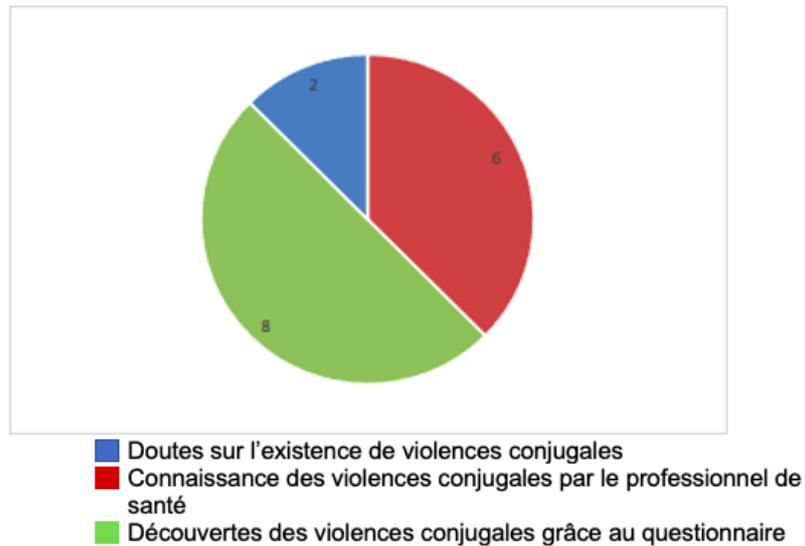
#### **5.4 Autres analyses**

##### 5.4.1 Connaissance ou non des violences par le professionnel de santé

A la fin du questionnaire investigateur, si la patiente avait répondu être victime de VC, le professionnel de santé devait indiquer :

- S'il en avait déjà connaissance
- S'il avait des doutes mais n'avait jamais abordé le sujet avec elle
- S'il n'aurait pas suspecté de VC chez cette patiente sans ce dépistage

Figure 5. Connaissance ou non des VC par les professionnels de santé



Le professionnel de santé avait connaissance de l'existence des VC chez 6 (38%) des 89 patientes interrogées. Mais, le questionnaire de référence a permis de faire la découverte de violences pour 8 femmes (50%) et de confirmer les doutes pour 2 d'entre-elles (13%).

#### 5.4.2 Réponses au questionnaire WAST des patientes ayant répondu ne pas être victimes à leur professionnel de santé

Tableau 5. Score au questionnaire WAST pour les 15 patientes ayant un score inférieur à 5 et ayant répondu aux deux questionnaires

Score au questionnaire	Effectif
0	9
1	2
2	3
3	1
4	0

Trois des 15 patientes ont un score à 2 au questionnaire WAST et une patiente a un score à 3.

Tableau 6. Détails des réponses au questionnaire WAST pour les femmes ayant un score <5.

Variable	Effectif
Qualification relation couple	
Sans tension	13
Assez tendue	2
Très tendue	0
Comment arrivez-vous à résoudre vos disputes	
Sans difficulté	12
Assez difficilement	3
Très difficilement	0
Vous sentez-vous rabaissée / dévalorisée	
Jamais	11
Parfois	4
Souvent	0
Etre frappée / coup de pied	
Jamais	15
Parfois	0
Souvent	0
Vous sentez-vous parfois effrayée	
Jamais	14
Parfois	1
Souvent	0
Avez-vous déjà été maltraitée physiquement	
Jamais	15
Parfois	0
Souvent	0
Avez-vous déjà été abusée psychologiquement	
Jamais	14
Parfois	1
Souvent	0
Avez-vous déjà été abusée sexuellement	
Jamais	15
Parfois	0
Souvent	0

Parmi les 15 patientes non victimes de VC, 4 femmes se sentent parfois rabaissées, 3 résolvent leurs disputes assez difficilement. On note également qu'une patiente se sent parfois effrayée et une autre patiente parfois abusée psychologiquement.

## **6 Discussion**

### **6.1 Résultats principaux**

Cette étude a mis en évidence que l'utilisation d'une affiche avec un QR-Code dans la salle d'attente d'un cabinet de MG ou de SF, par les patientes disposant d'un téléphone portable est négligeable (1,4% des patientes ayant vu l'affiche).

Concernant l'optimisation du temps en salle d'attente, une étude avait pourtant jugé en 2013 ce lieu comme très utile et trop souvent négligé. Il était proposé d'utiliser l'attente avant la consultation pour remplir des questionnaires validés afin de dépister certaines pathologies auxquelles les professionnels de santé ne pensent pas ou qu'ils n'osent pas aborder en consultation. (23)

De plus, l'HAS recommande dans le cadre du repérage des VC, l'utilisation d'affiches et/ou de brochures en salle d'attente. L'utilisation de ces supports est supposée faciliter la démarche de repérage en sensibilisant les patientes à cette problématique et en témoignant de l'implication du praticien. (14)

La modification des comportements de santé par l'utilisation d'affiches et de prospectus n'a jamais pu être prouvée. (18) Même dans un cadre sociétal favorable à une modification des comportements au niveau d'une population suivie en soins premiers, l'utilisation d'affiches et de prospectus n'apporte pas de bénéfice supplémentaire. (16) (17)

Concernant l'utilisation du QR-Code, en 2019, une thèse a étudié son utilisation dans le cadre de la prévention et de l'éducation thérapeutique sur les ordonnances remises par le MG. L'utilisation du QR-Code chez 9,47% des patients était supérieure à celle dans notre étude. Malgré le fait que les patients aient accès au QR-Code en toute intimité sur leurs ordonnances, ce taux restait faible. (20)

En 2021, une autre thèse s'est intéressée au QR-Code sur une affiche en salle d'attente comme support d'éducation à la contraception. Ce QR-Code était également distribué sous forme de ticket individuel par les médecins ou via les réseaux sociaux. L'utilisation a été significativement supérieure à notre étude : sur 105 personnes y ayant eu accès, 31 personnes (29,5%) l'ont utilisé. Le nombre de personnes ayant directement flashé le QR-Code sur l'affiche en salle d'attente n'a pas été communiqué. (21)

## **6.2 Résultats secondaires**

### **6.2.1 1<sup>er</sup> objectif**

Aucune femme n'a répondu différemment à la question de l'existence de VC lors du questionnaire posé par le professionnel de santé et du questionnaire WAST en ligne. Dans la limite de l'interprétation des résultats au vu du faible nombre de patientes concernées, poser la question de manière claire et transparente « Êtes-vous victime de violences conjugales » semble être aussi efficace qu'un auto-questionnaire.

Ce résultat reflète les données de précédentes études notamment un article publié en 2015 montrant que la prévalence du dépistage des VC ne différait pas entre le dépistage en face à face et l'évaluation par ordinateur/écriture (OR 1,12, IC 95 % 0,53 à 2,36, preuves de qualité modérée) (24)

En 2006, un essai randomisé publié par la JAMA a montré que les patientes préféraient remplir le WAST seules plutôt que les questions en face à face, mais que cette méthode de dépistage informatisée n'augmentait pas la prévalence de détection. (25)

Parmi les 15 patientes déclarant ne pas être victimes de VC à leur MG ou SF, l'auto-questionnaire WAST en ligne, a mis en évidence que 6 d'entre-elles avaient un score  $\geq 1$ . L'auto-questionnaire permet probablement d'en apprendre davantage sur le climat du couple et de cerner les patientes potentiellement à risque. En effet, dans notre étude, une patiente sur les 15 a répondu être parfois abusée psychologiquement.

Un essai randomisé publié en 2009 a montré que le dépistage informatique des VC permettait d'améliorer la fréquence des occasions de discussion autour de ce sujet. Il facilitait aussi la détection des femmes à risque de VC dans un contexte de médecine familiale. (26)

### **6.2.2 2<sup>ème</sup> objectif**

Le questionnaire de référence réalisé par le professionnel de santé a détecté des VC chez 18% des patientes interrogées.

Dans une thèse soutenue en 2020, sur 263 femmes interrogées par leur MG à l'aide du questionnaire WAST, 14 (5,32%) ont déclaré être victimes de VC. (27)

Dans notre étude, le professionnel de santé posait uniquement la question des VC sans l'aide du questionnaire WAST et cela a permis de dépister 18% de femmes victimes de violences sur les 89 patientes interrogées.

Au regard de nos résultats précédents, on pourrait conclure en première approche qu'un dépistage ciblé par une question simple « Êtes-vous victime de violences conjugales » ou l'utilisation du WAST en auto-questionnaire est plus efficace que le WAST utilisé comme hétéro-questionnaire. Néanmoins cette étude a été réalisée 2 ans plus tôt au sein d'une population différente moins exposée.

Dans notre étude, le professionnel de santé était déjà au courant des violences subies dans 38% des cas. Le questionnaire a permis de dépister de nouveaux cas de VC chez 50% des patientes et de lever les doutes pour 13% d'entre-elles.

### 6.2.3 3<sup>ème</sup> objectif

Nous avons mis en évidence un fort ralentissement d'inclusion au questionnaire de référence après la 6<sup>ème</sup> semaine d'étude. Ce ralentissement reflète probablement à la fois une démotivation des investigateurs et une tendance saisonnière (période estivale). Les MG et les SF sont soumis à de nombreuses sollicitations qui rendent le maintien de leur focalisation sur un sujet précis difficile sans des relances régulières. Pour ce qui est de la participation au questionnaire WAST via le QR-Code, nous notons qu'elle est plus constante et homogène notamment chez les 23 patientes ayant uniquement flashé le QR-Code. Nous pouvons probablement imputer la diminution de l'utilisation du QR-Code au retrait des affiches en salle d'attente par les médecins ayant atteint leurs objectifs.

Nous n'avons pas trouvé d'études tirées de la littérature au sujet de la démotivation des professionnels de santé au bout d'un certain nombre de semaine mais il semble bien connu et logique qu'une étude perdurant dans le temps entraîne une lassitude et/ou un oubli de recrutement.

## **6.3 Forces et faiblesses de l'étude**

### **6.3.1 Forces**

Le caractère innovant de cette étude était sa principale force. C'est la première étude utilisant une affiche avec QR-Code comme support de dépistage des violences conjugales en salle d'attente. De plus, le thème choisi était porteur et médiatisé ce qui a permis à l'affiche d'être remarquée par la majorité des patientes incluses.

L'affiche en salle d'attente est un support très utilisé en soins premiers et de nombreuses études ont été réalisées à ce sujet. Dans un article publié en 2004, il avait été mis en évidence sur un échantillon représentatif que 86% des femmes avaient vu les affiches sur le cancer du sein en salle d'attente et 80% ont répondu les avoir lues. (28) Dans notre étude, l'affiche n'a été vue que par 61% des femmes interrogées ce qui est nettement moins, mais on sait que l'effet Hawthorne est souvent important dans ce type d'études observationnelles non comparatives. (29)

D'ailleurs, Maskell a compté en moyenne dans les salles d'attente de soins premiers 72 affiches couvrant 23 thématiques différentes dont la plupart des actions étaient périmées. (30)

Les médecins généralistes et les sage-femmes sont au cœur du dépistage et de l'accompagnement des femmes victimes de VC en soins premiers et leur recrutement comme investigateurs donne un relief particulier à cette étude. (6) (7)

Depuis 2019, l'HAS recommande de questionner systématiquement sur l'existence de violences au sein du couple, même en l'absence de signe d'alerte. (14)

La question de recherche était donc pertinente, même s'il semble évident que les acteurs de soins premiers ne peuvent pas réaliser tous les dépistages de recommandation de niveau A ou B dont les dépistages des VC font partie. (13)

Le WAST est un test de dépistage validé et bien accepté par les patientes en France pour identifier les VC en pratique courante. (12)

Le caractère multicentrique de notre étude qui se déroulait dans la région des Hauts-de-France et dans différentes structures (Maisons de Santé Pluri-professionnelles, cabinets de groupe, cabinets individuels).

## 6.3.2 Faiblesses

### 6.3.2.1 Biais de sélection

L'échantillonnage n'a pas atteint les 346 inclusions attendues par le calcul du nombre de sujets nécessaires.

Les critères d'inclusion ne permettaient pas de recruter les femmes accompagnées par un tiers et certains médecins ont fréquemment été confrontés à ce frein.

Les investigateurs ont été recrutés sur la base du volontariat. Ils n'ont pas été tirés au sort contrairement à l'étude de Brown. (9) Par conséquent, nous avons probablement sélectionné les professionnels de santé les plus intéressés par le sujet.

Le recrutement des sage-femmes était plus difficile car la majorité d'entre elles déclaraient dépister systématiquement les VC lors de l'anamnèse de la 1<sup>ère</sup> consultation. (31) Même si ces déclarations n'ont pas pu être vérifiées et pouvaient relever de la désirabilité sociale et du conformisme.

Le recrutement des patientes ne s'est pas fait de manière successive, au prétexte habituel du manque de temps et de la pénurie de médecins. Certaines patientes ont donc scanné le QR-code sans être incluses et interrogées ensuite par l'investigateur.

### 6.3.2.2 Biais d'analyse

Nous n'avons pas recueilli de données concernant le nombre de patient(es) ayant flashés le QR-Code sans avoir répondu au questionnaire

### 6.3.2.3 Autres biais

Les femmes devaient se lever pour flasher le QR-Code en salle d'attente, en présence d'autres patients. Cela a probablement occasionné une gêne et un frein pour certaines femmes.

Le WAST est un test validé uniquement pour les femmes, les hommes n'étaient donc pas éligibles. Le QR-Code était disponible pour tous en salle d'attente. Malgré les explications en début du questionnaire WAST, des hommes ont pu le remplir. Néanmoins, ce dernier n'a pas recueilli la donnée du sexe. (8)

## **7 Conclusion**

Une affiche en salle d'attente est un support recommandé pour aider au repérage des VC et le QR-Code est un outil technologique de plus en plus utilisé dans la pratique courante. Nous pouvons conclure à une utilisation négligeable du QR-Code sur une affiche en salle d'attente. Ce support n'a pas permis de modifier le comportement de dépistage des VC.

L'objectif principal de l'étude n'était pas de déterminer le pourcentage de dépistage de VC. Notons tout de même le chiffre alarmant retrouvé avec 18% de femmes victimes dépistées lors de la consultation avec leur MG ou leur SF.

Le questionnaire WAST rempli via le QR-Code à la suite de la consultation n'a pas mis en évidence de femmes victimes qui ne l'aurait pas révélé au MG et/ou à la SF lors de la consultation. Il a permis de dépister chez certaines femmes, des difficultés et des situations de tension au sein de leur couple, grâce à des questions plus ciblées.

Cette mise en lumière nous amène à nous interroger sur la place du QR-Code en tant que support pour les professionnels de santé. Il pourrait permettre de mettre en évidence des patientes potentiellement à risque nécessitant qu'ils se réintéressent au sujet ultérieurement.

Il serait intéressant d'objectiver si le très faible nombre de flash du QR-Code en salle d'attente est en grande partie lié à la rupture de l'intimité des patientes. Si tel est le cas, nous pourrions imaginer une étude complémentaire qui comparerait le nombre de participation au questionnaire en fonction du support utilisé.

## 8 Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. OMS. 2021 [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Jaspard M, Demur AF, ENVEFF. Les violences envers les femmes en Ile-de-France. Enveff, Institut de Démographie de l'Université Paris 1 [Internet]. 2000 [cité 17 nov 2022]; Disponible sur: <https://m.centre-hubertine-auclert.fr/>
3. Vacher A, Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2019. La Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes [Internet]. 2019 [cité 22 nov 2022];28. Disponible sur: <https://m.centre-hubertine-auclert.fr/outil/lettre-ndeg-16-observatoire-national-des-violence-faites-aux-femmes-mes-violences-au-sein-du>
4. Ministère de l'intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2021. Ministère Intér [Internet]. 2022 [cité 17 nov 2022]; Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/>
5. Ministère de l'intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2020. Ministère de l'intérieur [Internet]. 2020 [cité 17 nov 2022]; Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/281001-etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-2020>
6. Henrion R, Prévot L, Birman C, Breart G, Espinoza P, Eyraud S. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport au Ministre délégué à la Santé. [Internet]. Paris: Ministère de la Santé; 2001 [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>
7. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes [Internet]. Paris: MIPROF; 2014 [cité 17 nov 2022] p. 22. Disponible sur: <http://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2018/08/Enquête-nationale-auprès-des-sages-femmes-en-activité-MIPROF-2015.pdf>
8. Flores J, Lampron C, Maurice P, Arseneau L, Laforest J, Bouchard LM, et al. Répertoire d'outils soutenant d'identification précoce de la violence conjugale. Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec [Internet]. 2010 [cité 22 nov 2022]; Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/publications/1068>
9. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. Fam Med [Internet]. 1996 [cité 17 nov 2022];28(6):422-8. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8791071/>
10. 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 [Internet]. 2000 [cité 17 nov 2022];49(10):896-903. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11052161/>

11. Brown JB, Schmidt G, Lent B, Sas G, Lemelin J. [Screening for violence against women. Validation and feasibility studies of a French screening tool]. *Can Fam Physician Med Fam Can* [Internet]. 2001 [cité 17 nov 2022];47:988-95. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11398732/>
12. Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M, Verneret-Bord E, Vendittelli F, et al. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool). *Bull Epidemiol Hebd* [Internet]. 2021 [cité 17 nov 2022];(2):32-40. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/2/2021\\_2\\_2.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/2/2021_2_2.html)
13. US Preventive Services Task Force, Curry S, Krist A, Owens D, Barry M, Caughey AB, et al. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. *JAMA* [Internet]. 2018 [cité 17 nov 2022];320(16):1678. Disponible sur: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2018.14741>
14. Revel-Delhom C, Baarir Z, Balencon M, Brousse B, De-Freminville H, Delespine M, et al. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2019 [cité 17 nov 2022] p. 58. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/>
15. Amstutz Cédric. La salle d'attente idéale existe-t-elle ? *Rev Med Suisse* [Internet]. 2016;12 : 2084-6. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2016/revue-medicale-suisse-541/la-salle-d-attente-ideale-existe-t-elle>
16. Berkhout C, Willefert-Bouche A, Chazard E, Zgorska-Maynard-Moussa S, Favre J, Peremans L, et al. Randomized controlled trial on promoting influenza vaccination in general practice waiting rooms. *PLOS ONE* [Internet]. 2018 [cité 17 nov 2022];13(2):e0192155. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0192155>
17. Berkhout C, De Man J, Collins C, Willefert-Bouche A, Zgorska-Maynard Moussa S, Badelon M, et al. Reanalysis of a Randomized Controlled Trial on Promoting Influenza Vaccination in General Practice Waiting Rooms: A Zelen Design. *Vaccines* [Internet]. 2022 [cité 17 nov 2022];10(5):826. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35632583/>
18. Berkhout C, Zgorska-Meynard-Moussa S, Willefert-Bouche A, Favre J, Peremans L, Van Royen P. Audiovisual aids in primary healthcare settings' waiting rooms. A systematic review. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2018 [cité 17 nov 2022];24(1). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30132369/>
19. Audran F. Intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice. Médecine générale]. [Angers]: Université d'Angers; 2016 [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20137297/2016MCEM6652/fichier/6652F.pdf>
20. Lecluze A. Promotion de l'éducation et de la prévention en médecine générale : intérêt de l'outil QRcode. [Internet] [Thèse d'exercice. Médecine générale]. [Rennes]: Université de Rennes; 2019 [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/53e07eb3-a652-44d2-8bdb-aaef204bd012?inline>

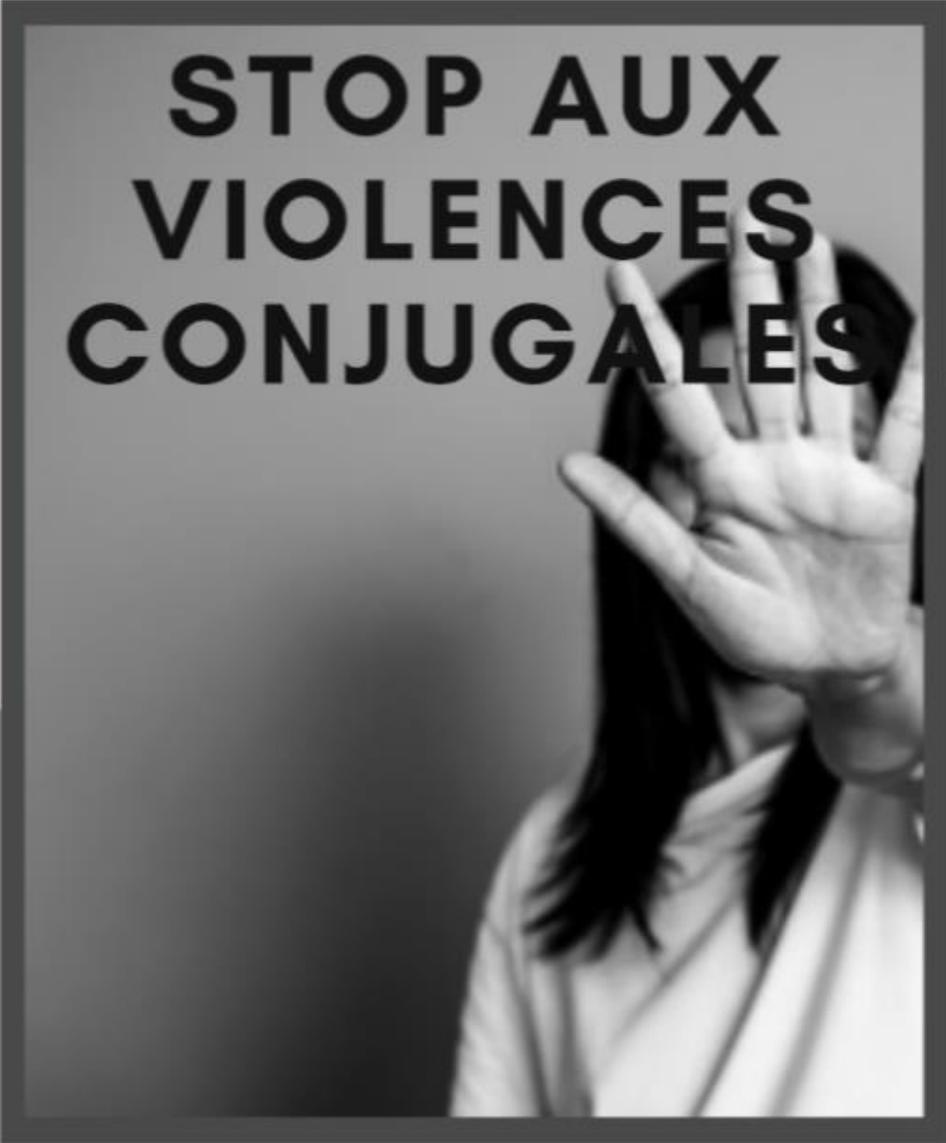
21. Moulinier O. Amélioration des connaissances en contraception de la population consultant chez des médecins généralistes via une vidéo accessible en salle d'attente par un QR code [Internet] [Thèse d'exercice. Médecine générale]. [Lille]: Université de Lille; 2021 [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: [https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2021/2021LILUM215.pdf](https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM215.pdf)
22. Femme pose sa main pour dissuader ; campagne halte à la violence contre les femmes. [Internet]. iStock. 2018 [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.istockphoto.com/fr/search/2/image?family=creative&phrase=violences%20conjugales>
23. Sherwin HN, McKeown M, Evans M, Bhattacharyya O. L'«attente» dans la salle d'attente De nuisance à opportunité. *Can Fam Physician* [Internet]. 2013 [cité 17 nov 2022];59(5):e222-4. Disponible sur: <https://www.cfp.ca/content/59/5/e222>
24. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 22 juill 2015 [cité 19 nov 2022];2015(7):CD007007. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6599831/>
25. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA* [Internet]. 2006 [cité 17 nov 2022];296(5):530-6. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16882959/>
26. 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* [Internet]. 2009 [cité 17 nov 2022];151(2):93-102. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19487706/>
27. Janeiro JO. Dépistage systématique, en médecine générale, des violences conjugales faites aux femmes [Internet] [Thèse d'exercice. Médecine générale]. [Marseille]; Aix-Marseille Université; 2020 [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02615334>
28. Montazeri A, Sajadian A. Do women read poster displays on breast cancer in waiting rooms? *J Public Health Oxf Engl* [Internet]. 2004 [cité 17 nov 2022];26(4):355-8. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15598853/>
29. Berkhout C, Berbra O, Favre J, Collins C, Calafiore M, Peremans L, et al. Defining and evaluating the Hawthorne effect in primary care, a systematic review and meta-analysis. *Front Med* [Internet]. 2022 [cité 20 nov 2022];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2022.1033486/full>
30. Maskell K, McDonald P, Paudyal P. Effectiveness of health education materials in general practice waiting rooms: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* [Internet]. déc 2018;68(677):e869-76. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30348885/>
31. Supper I, Ecochard R, Bois C, Paumier F, Bez N, Letrilliant L. Recherche en médecine générale : un tiers des généralistes prêts à participer. *John Libbey Eurotext - Médecine* [Internet]. 2012 [cité 17 nov 2022];8(1):39-45. Disponible sur: [10.1684/med.2012.0788](https://doi.org/10.1684/med.2012.0788)

## 9 Annexes

### 9.1 Affiche sur les violences conjugales

**SE SENTIR CONCERNÉ,  
ÇA PEUT TOUT CHANGER**

**STOP AUX  
VIOLENCES  
CONJUGALES**



 *Flashez le QR Code et répondez à ce questionnaire anonyme.*  
*Les données sont collectées dans le cadre d'une thèse de médecine.*

## 9.2 Questionnaire de référence posé par l'investigateur

### Questionnaire investigateur pour le médecin généraliste ou la sage-femme

Numéro de centre :

Date :

Patiente : 1<sup>e</sup> lettre du nom de naissance, 1<sup>e</sup> lettre du prénom – âge  
(ex pour Justine DUPONT 31 ans) – DJ31



1) Avez-vous plus de 18 ans ?

Oui       non

Si oui :

2) Disposiez-vous en salle d'attente d'un smartphone et d'un accès à Internet ?

Oui       non

Si non : posez tout de même la 3<sup>e</sup> question

3) Avez-vous vu l'affiche concernant les violences conjugales en salle d'attente ?

Oui       non

Si non : fin du questionnaire

Si oui :

4) Avez-vous scanné le QR-code ?

Oui       non

Si oui :

5) Avez-vous répondu au questionnaire ?

Oui       non

*Si non : allez-vous y répondre suite à la consultation ?*

Oui       non

Si oui :

6) Êtes-vous victime de violence conjugale ?

Oui       non

Si oui :

7) Sous quelle forme ?

- Verbale ?
- Psychologique ?
- Physique ?
- Sexuelle ?

Si la patiente est victime de violence, dernière question à destination du professionnel de santé (cocher votre situation vis à vis de la patiente) :

- Vous en étiez déjà informés et en avez déjà discuté avec la patiente
- Vous aviez des doutes mais n'avez pas abordé le sujet avec elle
- Vous n'auriez pas suspecté de violences conjugales chez cette patiente sans ce dépistage

### 9.3 Questionnaire WAST

#### Questionnaire WAST

Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?

Très tendue

Assez tendue

Sans tension

2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?

Très difficilement

Assez difficilement

Sans difficulté

3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?

Souvent

Parfois

Jamais

4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?

Souvent

Parfois

Jamais

5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?

Souvent

Parfois

Jamais

6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?

Souvent

Parfois

Jamais

7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?

Souvent

Parfois

Jamais

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

Souvent

Parfois

Jamais

WAST : *Woman Abuse Screening Tool*.

## 9.4 Feuille de consentement

### **Formulaire de consentement destiné aux participantes à la recherche biomédicale intitulée WAST-fr HdF**

**Investigateur coordonnateur : Pr Christophe BERKHOUT  
Chercheuse : Mme Alix TENEUR  
Université de Lille, UFR3S  
Département de Médecine Générale  
Faculté de Médecine Henri Warembourg, Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX**

Je soussignée .....(*nom de naissance et prénom du sujet*),  
accepte de participer à l'étude WAST-fr HdF sur le dépistage des violences conjugales en soins  
premiers.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par le  
Dr/Mme..... (*nom et prénom du médecin ou de la sage-femme*).

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les documents de mon dossier médical qui se rapportent à l'étude puissent être  
accessibles aux responsables de l'étude et éventuellement aux autorités de santé. A l'exception de  
ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret professionnel,  
mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma  
participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je  
conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et  
volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à .....,

le .....

*Nom et signature de l'investigateur*

*Signature du sujet*

## 9.5 Notice d'information patiente

### **Note d'information destinée aux participantes à la recherche biomédicale intitulée WAST-fr HdF**

**Investigateur coordonnateur : Pr Christophe BERKHOUT  
Chercheuse : Mme Alix TENEUR  
Université de Lille, UFR3S  
Département de Médecine Générale  
Faculté de Médecine Henri Warembourg, Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX**

Madame,

Votre médecin généraliste vous propose de participer à une étude portant sur le dépistage des violences conjugales en soins premiers. Le présent document décrit cette étude. Il résume les informations actuellement disponibles en répondant aux différentes questions que vous pourriez vous poser dans le cadre de votre participation à cette recherche.

#### 1) Pourquoi me propose-t-on de participer à cette étude ?

En France, en 2020, 102 femmes ont été tuées par leur partenaire de vie et 1 femme sur 10 a été victime de violences conjugales et la Région des Hauts-de-France est la plus exposée. Depuis 2020, un questionnaire appelé « WAST-fr » (Woman Abuse Screening Tool) a été validé en France pour permettre d'identifier facilement les femmes susceptibles d'être victimes de violence conjugale. L'utilisation de ce questionnaire en pratique courante doit permettre de réaliser un dépistage précoce afin d'optimiser la prise en charge des victimes.

#### 2) Quel est l'objectif de la recherche ?

Le principal objectif de cette recherche est de vérifier que le questionnaire accessible en scannant un QR-code sur une affiche présente en salle d'attente permet de dépister les femmes de plus de 18 ans victimes de violences conjugales.

#### 3) Comment va se dérouler de l'étude ?

Après avoir scanné le QR-code avec votre téléphone portable, vous serez dirigée vers le site de l'étude sur le site de l'Université de Lille. Ce site est sécurisé, vous ne serez pas localisée et un cookie ne sera pas enregistré sur votre smartphone. Le questionnaire auquel vous répondrez ne pourra pas être retrouvé en fouillant dans votre smartphone. Il faudra vous identifier avec la 1<sup>er</sup> lettre de votre nom de naissance, la 1<sup>er</sup> lettre de votre prénom et votre âge.

Vous aurez alors accès au questionnaire « WAST-fr » en ligne et vous pourrez répondre aux huit questions qui y sont posées. Vous resterez totalement anonyme et votre médecin généraliste ou sage-femme ne connaîtront pas les réponses que vous avez données.

#### 4) Que se passera-t-il après avoir complété le questionnaire ?

A votre arrivée en consultation, des questions vous seront posés par votre médecin généraliste ou votre sage-femme. Vous n'êtes pas obligée de leur révéler les réponses que

vous avez faites en ligne. Néanmoins, l'équipe de recherche pourra rapprocher les réponses faites en ligne et celles faites à votre médecin généraliste ou votre sage-femme par la date du jour, vos initiales et votre âge. Votre professionnel de santé ne sera pas informé et l'équipe de recherche ne pourra pas vous identifier.

5) Quels sont les bénéfices attendus ?

Beaucoup de femmes sont victimes de violences et peuvent ne pas oser en parler à leur médecin de famille ou leur sage-femme par crainte des conséquences que cela pourrait entraîner. C'est peut-être votre cas. Si à l'occasion de cette étude votre médecin généraliste ou votre sage-femme sont amenés à apprendre que vous êtes victime de violences conjugales, ils sont tenus au secret professionnel et n'entreprendront aucune intervention sans votre accord, sauf danger immédiat ou contrainte (Code Pénal, article 226-14-3). En revanche, ils pourront se révéler être des soutiens précieux et vous orienter utilement vers des personnes qui permettront de mettre un terme à votre situation.

6) L'étude comporte-t-elle des risques ?

L'étude ne vous expose à aucun risque, ni pour vous, ni pour votre famille, en particulier vos enfants. Nous évoquons ici un risque tant médical que social.

7) Quelles sont les conditions de participation à l'étude ?

Vous devez être une femme, âgée de plus de 18 ans, et affiliée à un régime obligatoire d'Assurance maladie ou ayant-droit d'un(e) assuré(e) social(e). Vous devez être en possession d'un smartphone permettant la lecture de QR-codes et relié à Internet.

8) Quels sont mes droits en tant que participante à l'étude ?

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier et sans que cela ne modifie la relation de soin existant avec votre médecin généraliste ou votre sage-femme. En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision, sans en préciser la raison, et sans que cela n'altère la qualité des soins qui vous sont dispensés. Par ailleurs, vous pourrez obtenir au cours ou à l'issue de la recherche, communication de vos données de santé détenues par votre médecin.

9) A qui dois-je m'adresser en cas de questions ou de problèmes ?

Vous pouvez poser toutes les questions que vous souhaitez, avant, pendant et après l'étude en vous adressant à :

**Pr Christophe BERKHOUT**  
Université de Lille – UFR3S  
Département de Médecine Générale  
Faculté de Médecine, Pôle Formation  
59045 Lille Cedex

*Nous vous remercions de parapher chaque page de ce document (réalisé en deux exemplaires), afin d'attester que vous l'avez lu et compris. Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, nous vous remercions également de bien vouloir donner votre consentement écrit en signant le formulaire ci-après.*

## 9.6 Déclaration CNIL



### RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

Intitulé : Dépistage des violences conjugales en soins premiers.
Référence Registre DPO : 2021-318
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme. Alix TENEUR

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 17 Décembre 2021

Délégué à la Protection des Données



**AUTEURE : Nom : Teneur**

**Prénom : Alix**

**Date de soutenance : 8 décembre 2022**

**Titre de la thèse : Utilisation d'un QR-code sur une affiche en salle d'attente comme support de dépistage des violences conjugales en soins premiers.**

**Thèse - Médecine - Lille « 2022 »**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + FST/option : Médecine générale**

**Mots-clés : Dépistage, violences conjugales, soins premiers, affiche**

**Contexte :** En France, une femme sur 10 est victime de violences conjugales. En 2020, 102 femmes sont décédées dans les suites de violences. Le repérage systématique est à l'heure actuelle recommandé par l'HAS. En 2020, un outil simple, le questionnaire WAST, a été validé en France pour identifier les violences conjugales en pratique courante afin de faire un repérage précoce. L'approvisionnement des nouvelles technologies amène à se questionner sur la place du QR-Code comme un nouvel outil de dépistage. Nous avons voulu déterminer si la présence de celui-ci donnant accès au WAST, sur une affiche en salle d'attente portant sur les violences conjugales, était exploité par les patientes.

**Méthode :** Étude observationnelle, transversale et multicentrique réalisée dans les Hauts-de-France. Le test de référence était un hétéro-questionnaire posé par les médecins généralistes et les sages-femmes aux femmes pendant la consultation. Le test étudié était l'auto-questionnaire WAST complété par les patientes ayant flashé le QR-code présent sur l'affiche en salle d'attente.

**Résultats :** 227 tests de référence ont été récoltés et 40 réponses au questionnaire WAST. Uniquement 1,4% des femmes ayant vu l'affiche ont scanné le QR-Code et répondu au questionnaire WAST avant la consultation, 15 femmes y ont répondu suite à la consultation et 23 patientes y ont répondu sans subir le questionnaire de référence. Le questionnaire de référence a permis de faire le dépistage de 18% de femmes victimes de violences conjugales.

**Conclusion :** L'utilisation du QR-Code sur une affiche en salle d'attente est négligeable et n'a donc pas permis de modifier le comportement de dépistage des violences conjugales.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Véronique HOUFFLIN-DEBARGE**

**Assesseur : Professeur Sophie FANTONI-QUINTON**

**Directeur de thèse : Professeur Christophe BERKHOUT**