

> **SOMMAIRE // Contents**

ARTICLE // Article

Travailleurs salariés et non salariés
en France entre 2007 et 2015 : description
des populations et identification
de différences d'exposition professionnelle
// Salaried and self-employed workers in France
between 2007 and 2015: Population description
and differences in occupational exposurep. 22

Audrey Fels et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Validation de la version française d'un outil
de dépistage des violences conjugales
faites aux femmes, le WAST
(*Woman Abuse Screening Tool*)
// Validation of the French Woman Abuse
Screening Tool (WAST) to routinely identify
intimate partner violencep. 32

Candy Guiguet-Auclair et coll.

*Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, CNRS,
Sigma Clermont, Institut Pascal, Clermont-Ferrand*

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Laëtitia Huiart, directrice scientifique, adjointe à la directrice générale de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Bilon-Debernardi
Rédactrice : Jocelyne Rajnchapel-Messai
Secrétariat de rédaction : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thierry Blanchon, Iplesp ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Julie Boudet-Berquier, Santé publique France ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France ; Anne Guinard / Damien Mouly, Santé publique France - Occitanie ; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France ; Philippe Magne, Santé publique France ; Valérie Olié, Santé publique France ; Alexia Peyronnet, Santé publique France ; Annabel Rigou, Santé publique France ; Hélène Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

TRAVAILLEURS SALARIÉS ET NON SALARIÉS EN FRANCE ENTRE 2007 ET 2015 : DESCRIPTION DES POPULATIONS ET IDENTIFICATION DE DIFFÉRENCES D'EXPOSITION PROFESSIONNELLE

// SALARIED AND SELF-EMPLOYED WORKERS IN FRANCE BETWEEN 2007 AND 2015: POPULATION DESCRIPTION AND DIFFERENCES IN OCCUPATIONAL EXPOSURE

Audrey Fels, Marie Houot, Loïc Garras, Laurène Delabre, Corinne Pilorget (corinne.pilorget@santepubliquefrance.fr)

Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le 08.06.2020 // Date of submission: 06.08.2020

Résumé // Abstract

Objectif – Cette étude décrit l'évolution entre 2007 et 2015 des populations de salariés et non-salariés en France et leurs différences d'exposition aux poussières de farine, de céréales et au formaldéhyde.

Méthodes – Les données des recensements de la population de 2007, 2011 et 2015 ont été croisées avec trois matrices emplois-expositions du programme Matgéné qui concernent les poussières de farine, de céréales et le formaldéhyde. L'évolution de la répartition des travailleurs ainsi que les proportions d'exposés aux trois nuisances ont été étudiées selon leur statut (salarié vs non-salarié), le sexe et le secteur d'activité.

Résultats – Entre 2007 et 2015, la population des salariés est restée stable alors que celle des non-salariés a augmenté de 10,7%. Les secteurs d'activité avec la plus forte augmentation étaient le secteur de l'action sociale chez les salariés et le secteur des activités pour la santé humaine chez les non-salariés. En 2015, la proportion d'exposés était plus élevée chez les non-salariés que chez les salariés pour les trois nuisances étudiées (farine : 1,5% vs 1,0% ; céréales : 3,0% vs 0,1% ; formaldéhyde : 1,3% vs 0,2%).

Conclusion – Cette étude met en évidence des différences d'exposition selon le statut du travailleur et montre que la population non salariée, qui est en progression en France sur la dernière décennie, est proportionnellement plus exposée que la population salariée. Ces résultats peuvent aider à orienter la prévention en ciblant les secteurs et les expositions professionnelles encore préoccupants, notamment pour la population non salariée non suivie par la médecine du travail.

Objective – This study presents the trend of salaried and self-employed workers in France and their differences in exposure for flour dust, cereal dust and formaldehyde between 2007 and 2015.

Methods – French Census data from 2007, 2011 and 2015 were merged with three job-exposure matrices from the Matgéné program assessing flour dust, cereal dust and formaldehyde. The evolution of the workers' distribution and the proportion of exposed workers to the three agents were studied according to their employment status (salaried vs self-employed), gender and activity sector.

Results – Between 2007 and 2015, the salaried workers population remained stable while the self-employed workers population increased by 10.7%. The activity sectors with the highest increase were the social work activities in the salaried workers population and human health activities in the self-employed workers population. In 2015, the proportion of exposed workers was higher in self-employed workers than in salaried workers for the three agents studied (flour: 1.5% vs 1.0%; cereal: 3.0% vs 0.1%; formaldehyde: 1.3% vs 0.2%).

Conclusion – This study highlights differences in exposure according to the employment status and shows that the self-employed workers population, which has been increasing in France over the last decade, is proportionally more exposed than the salaried workers population. These results can help guide prevention by targeting activity sectors and occupational exposures of particular concern, especially for the self-employed workers population that does not benefit from an institutionalized follow-up by occupational medicine.

Mots-clés : Population salariée, Population non salariée, Matrice emplois-expositions (MEE), Exposition professionnelle
// **Keywords**: Salaried workers population, Self-employed workers population, Job-exposure matrix (JEM), Occupational exposure

Introduction

En France, le statut d'emploi, selon que l'on est travailleur salarié ou non salarié, implique des réglementations au travail différentes. Les travailleurs salariés sont employés par une entreprise pour

laquelle ils réalisent leur activité, alors que les travailleurs non salariés (agriculteurs exploitants, artisans, commerçants, professions libérales) réalisent leur activité professionnelle pour leur propre compte. Ces derniers sont classés en trois catégories que sont : 1) les travailleurs indépendants qui n'ont pas

de salariés dans leur entreprise ; 2) les employeurs, définis par les chefs d'entreprise, les présidents directeurs généraux (PDG), les gérants minoritaires de SARL⁽¹⁾ ou les indépendants avec au moins un salarié dans leur entreprise ; et 3) les aides familiaux définis comme les personnes aidant une personne de leur famille dans son travail, c'est-à-dire contribuant directement à l'activité productive ou effectuant des tâches administratives ou commerciales liées à celle-ci.

La population salariée est très largement la plus importante et représentait, en 2016, 87,4% des actifs occupés (notés travailleurs dans la suite du document)¹. Cependant, la part de la population non salariée augmente en France depuis 2009, suite notamment à la mise en place du statut d'auto-entrepreneur remplacé en décembre 2014 par le micro-entrepreneuriat². Ces sous-populations n'appartiennent pas au même régime de sécurité sociale (les salariés sont rattachés au régime général ou au régime de la mutualité sociale agricole (MSA) et les non-salariés à la sécurité sociale des indépendants⁽²⁾ ou à la MSA) et ne bénéficient pas du même suivi médical au travail. En effet, les travailleurs salariés bénéficient d'un suivi individualisé de leur état de santé et de leurs expositions professionnelles dans le cadre de la médecine du travail³ ; ils font également l'objet d'études sur leurs conditions de travail permettant de documenter leurs expositions et les effets sanitaires au niveau populationnel⁴⁻⁶. À l'inverse, les travailleurs non salariés n'entrent pas dans le cadre du suivi médical obligatoire de la médecine du travail et ne disposent donc pas d'un suivi de leurs expositions et de leur état de santé ; peu d'études leur sont par ailleurs dédiées⁷⁻⁹ et peu de données au niveau populationnel sont disponibles. D'autre part, le statut d'indépendant implique une activité professionnelle certainement différente de celle de la population salariée même quand celle-ci relève du même domaine, compte tenu de l'organisation de travail et des tâches différentes entre les deux statuts. Peu de données existent pour documenter les différences d'exposition professionnelle associées à chacun de ces statuts¹⁰⁻¹².

Les outils d'évaluation des expositions professionnelles au niveau populationnel mis en place à Santé publique France permettent de documenter les expositions pour l'ensemble des travailleurs quel que soit leur statut. Compte tenu de la progression récente de la population non-salariée depuis les 10 dernières années et des différences précédemment publiées sur les conditions de travail entre les populations de salariés et non-salariés, cet article vise deux objectifs. Le premier objectif est de décrire l'évolution entre 2007 et 2015 des populations de salariés et non-salariés en France et

de leurs secteurs d'activité. Le second objectif est de décrire les différences observées entre ces deux sous-populations pour trois expositions professionnelles responsables de pathologies en lien avec le travail : les poussières de farine et les poussières de céréales à l'origine de rhinite, asthme et pneumopathie, et le formaldéhyde à l'origine d'asthme et de pathologies cancéreuses. Ce deuxième objectif constitue une première approche pour décrire l'exposition des travailleurs selon leur statut salarié ou non salarié.

Matériels et méthodes

La population d'étude est issue du recensement national en continu réalisé par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et porte sur les actifs ayant un emploi, âgés de 15 ans ou plus¹³. Chacun des emplois déclarés par les travailleurs est défini par une profession (codée selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles 2003 – PCS 2003)¹⁴ et par un secteur d'activité (codé selon la nomenclature d'activités française 2008 – NAF 2008)¹⁵. Afin de déterminer la répartition des travailleurs selon leur statut d'emploi (salariés ou non-salariés) et son évolution sur les 10 dernières années, les effectifs ont été calculés selon le sexe puis selon les secteurs d'activité à partir des recensements millésimés de 2007 et de 2015. Ces derniers regroupent cinq années consécutives d'enquêtes et sont datés par la date du milieu de période (recensements annuels de 2005 à 2009 pour le recensement millésimé de 2007 et de 2013 à 2017 pour celui de 2015). Pour le recensement de 2015, une information supplémentaire concernant la catégorie des travailleurs non salariés (à savoir : indépendants, employeurs ou aides familiaux), obtenue à la suite d'une demande d'extraction plus détaillée, a été exploitée et la répartition des travailleurs non salariés selon leur catégorie au sein de chaque secteur d'activité a été analysée. Les 88 secteurs d'activité (NAF 2008 agrégée à deux positions) ont été classés par ordre décroissant selon leurs effectifs chez les salariés et les non-salariés, de manière à définir leur rang de fréquence en 2015.

Les données de ces recensements ont été croisées avec plusieurs matrices emplois-expositions (MEE) du programme Matgéné, qui évaluent les expositions professionnelles à plusieurs nuisances pour l'ensemble des emplois depuis les années 1950 jusqu'à nos jours¹⁶. Une MEE fournit pour un emploi – défini par une profession exercée dans un secteur d'activité – une probabilité et un niveau d'exposition à une période donnée. La probabilité d'exposition, seul indice utilisé dans cette étude, est définie comme la proportion de travailleurs de l'emploi qui sont exposés à la nuisance considérée et elle est présentée sous forme de classe d'exposition spécifique de la nuisance ; la probabilité attribuée à l'emploi correspond au centre de la classe de probabilité retenue.

⁽¹⁾ SARL : Société à responsabilité limitée.

⁽²⁾ Depuis le 1^{er} janvier 2018, la protection sociale des indépendants anciennement gérée par le RSI (Régime social des indépendants) est transférée au régime général. Ce nouveau régime est effectif depuis le 1^{er} janvier 2020 et concerne tous les travailleurs indépendants qui conservent les mêmes droits qu'auparavant.

Les MEE utilisées ici évaluent les expositions aux poussières de farine, aux poussières de céréales et au formaldéhyde¹⁷. Le choix des nuisances dans le cadre de cette étude a été conditionné par : 1) leur toxicité et les effets sanitaires possibles en milieu professionnel, chacune des nuisances faisant l'objet d'un tableau de maladie professionnelle (rhinite, asthme et pneumopathie pour les poussières de céréales et de farine dans les tableaux 66 et 66bis du régime général et le tableau 45 du régime agricole ; et rhinite, asthme et cancer du nasopharynx pour le formaldéhyde dans les tableaux 43 et 43bis du régime général et les tableaux 28 et 28bis du régime agricole) ; 2) leur pertinence de les retrouver dans les environnements professionnels de chacune des sous-populations ; ainsi par exemple, l'exposition aux poussières de farine concerne les artisans boulangers, mais également les boulangers salariés employés d'un artisan ou d'une boulangerie industrielle, l'exposition aux poussières de céréales concerne les exploitants agricoles mais également les ouvriers agricoles salariés des exploitations et l'exposition au formaldéhyde concerne également les deux sous-populations pour les secteurs où il est utilisé comme biocide ou composant des résines formophénoliques ; et 3) l'existence de MEE développées selon les nomenclatures PCS 2003 et NAF 2008 pour permettre de les croiser avec les données du recensement.

Les croisements entre les recensements et les MEE ont été effectués à partir des codes PCS, des codes NAF et de la période d'exposition, pour attribuer les probabilités d'exposition associées à chacun des emplois. Les données du recensement intègrent un seul emploi (emploi principal) par actif occupé, codé au plus fin des nomenclatures¹⁸ ; ainsi une personne ayant plusieurs emplois (polyactif) doit choisir quel est son emploi principal.

Les parts de travailleurs exposés (proportions d'exposés) ont ensuite été estimées en faisant la moyenne des probabilités d'exposition attribuées à l'ensemble des emplois du recensement.

Des intervalles de sensibilité ont ensuite été calculés en prenant la borne basse et la borne haute de chaque classe de probabilité. Ces indicateurs d'exposition ont été calculés pour l'ensemble des travailleurs pour les années 2007 et 2015, ainsi que pour le recensement de 2011, pour chaque nuisance et selon le statut des travailleurs, afin de connaître leur évolution sur les 10 dernières années. Pour l'année 2015, les parts de travailleurs exposés ont ensuite été calculées pour chaque secteur d'activité sur un niveau agrégé à deux positions, selon le statut des travailleurs et selon la catégorie pour les travailleurs non salariés. Lorsque le nombre d'exposés par statut du travailleur était suffisamment grand (nombre d'exposés ≥ 30), les statistiques (SR) – rapport de la proportion d'exposés chez les salariés sur la proportion d'exposés chez les non-salariés – ont également été calculés afin de permettre une comparaison entre ces deux statuts en s'affranchissant des différences d'effectifs.

Résultats

La population des actifs ayant un emploi en France connaît entre 2007 et 2015 une très faible augmentation, passant de 26,3 millions à 26,7 millions (+1,4%). Cependant, l'évolution est hétérogène selon le sexe, avec une progression de l'emploi féminin (+4,4%) et une baisse de l'emploi masculin (-1,2%). Concernant le statut des travailleurs, alors que la population des salariés reste sensiblement la même (+0,3%), celle des non-salariés augmente de 10,7%, et notamment chez les femmes où elle augmente de 18,5% (+7,2% chez les hommes) (tableau 1).

En 2015, par ordre décroissant de fréquence, les secteurs qui emploient le plus fréquemment les salariés sont : l'administration publique, défense et sécurité sociale obligatoire (11,0% des salariés), puis les secteurs de l'enseignement (8,3%) et du commerce de détail, à l'exception des automobiles et des motocycles (7,0%) (figure 1). La répartition de ces secteurs a par ailleurs peu changé entre 2007

Tableau 1

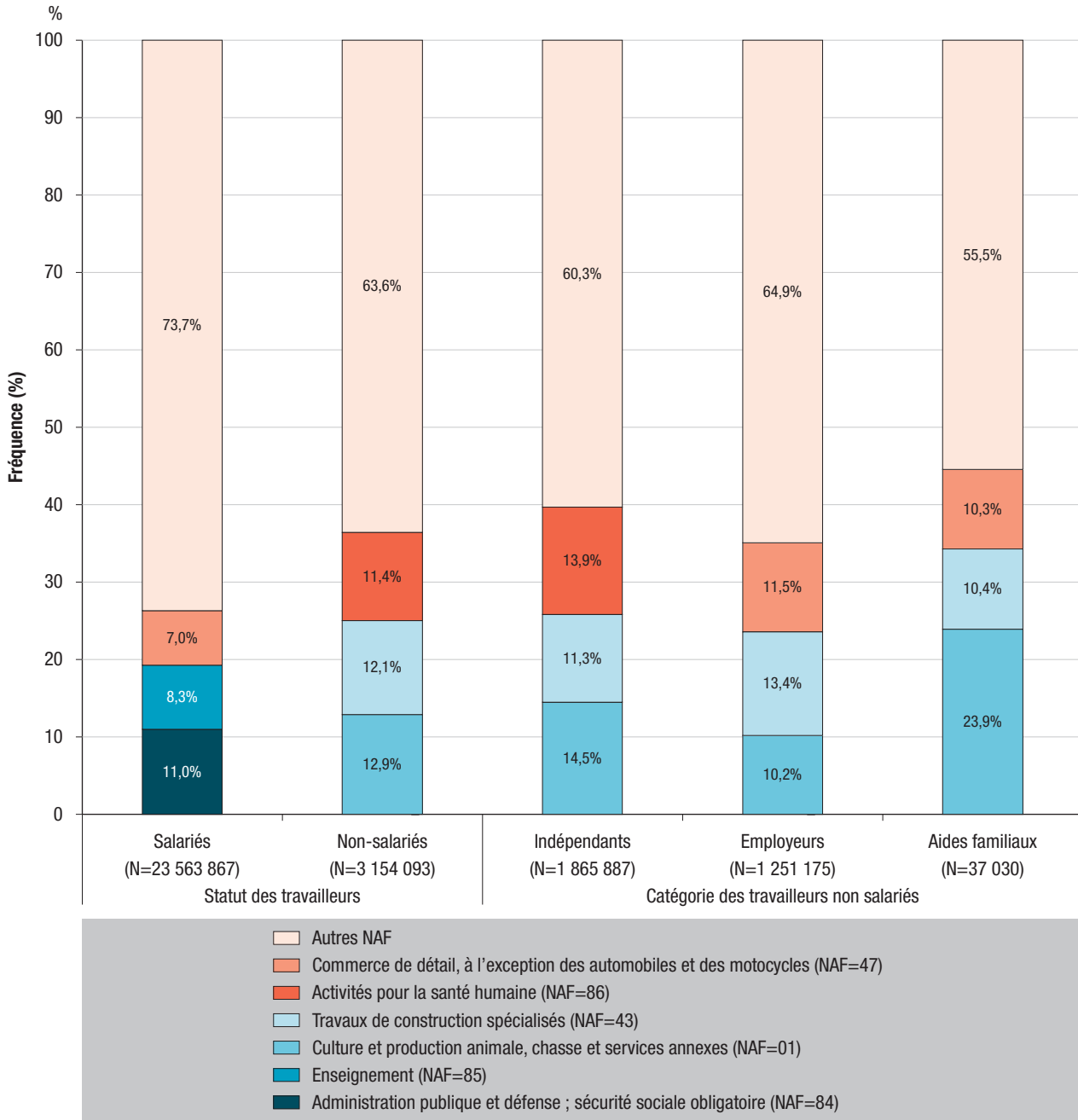
Répartition et évolution de la population des actifs occupés selon le sexe et le statut (salariés, non-salariés), en France, entre 2007 et 2015

		2007		2015		Évolution 2007-2015 (%)
		Effectif	Répartition*	Effectif	Répartition*	
Salariés	Hommes	12 043 698	45,7%	11 734 089	43,9%	-2,6
	Femmes	11 457 242	43,5%	11 829 778	44,3%	+3,3
	Total	23 500 940		23 563 867		+0,3
Non-salariés	Hommes	1 957 836	7,4%	2 098 142	7,8%	+7,2
	Femmes	891 146	3,4%	1 055 951	4,0%	+18,5
	Total	2 848 982		3 154 093		+10,7
Total	Hommes	14 001 534		13 832 231		-1,2
	Femmes	12 348 388		12 885 729		+4,4
	Total	26 349 922	100,0%	26 717 960	100,0%	+1,4

* Pourcentage sur l'ensemble des actifs occupés de l'année considérée.

Figure 1

Répartition des secteurs d'activité selon le statut d'emploi du travailleur et selon la catégorie des travailleurs non salariés, en France, en 2015



NAF : nomenclature d'activités française.

et 2015, avec des évolutions respectives de -0,1%, +0,9% et +1,2% (résultats non montrés). Entre 2007 et 2015, la population salariée augmente plus fortement dans le secteur de l'action sociale sans hébergement (+245 000 travailleurs, +22,8%), principalement dans les métiers des aides à domicile, aides ménagères et assistantes maternelles, et dans le secteur de l'hébergement médico-social et social (+120 000, +21,6%). La plus forte évolution est observée pour les métiers d'aides-soignants, infirmiers ou agents de services hospitaliers, et dans le service de la restauration (+96 000, +16,7%) où les métiers de serveurs et d'aides de cuisine ont progressé.

Du côté des non-salariés, les secteurs les plus fréquemment représentés en 2015 sont ceux de la culture et production animale, chasse et services annexes (12,9% des non-salariés, dont plus de 95% sont des exploitants agricoles), puis des travaux de construction spécialisés (12,1%) et des activités pour la santé humaine (11,4%). On note une évolution importante des effectifs de non-salariés entre 2007 et 2015 pour ces secteurs, avec respectivement -18,5%, +17,7% et +21,3% (tableau 2). Les augmentations les plus fortes, en termes d'effectifs, sont observées : 1) dans le secteur des activités pour la santé humaine (+63 000 travailleurs, +21,3%) notamment chez les infirmiers et les autres spécialistes libéraux

Tableau 2

Les 10 secteurs d'activité les plus fréquents des travailleurs non salariés en 2015 et leur évolution depuis 2007 pour l'ensemble de la population non salariée et selon le sexe

Secteurs d'activité	Effectif 2007		Effectif 2015		Évolution 2007-2015 (%)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Culture et production animale, chasse et services annexes (NAF=01)	498 607		406 435		-18,5	
	308 080	149 303	363 082	109 607	-15,0	-26,6
Travaux de construction spécialisés (NAF=43)	324 635		382 209		+17,7	
	349 304	16 555	296 878	18 827	+18,0	+13,7
Activités pour la santé humaine (NAF=86)	296 522		359 587		+21,3	
	146 707	149 816	149 825	209 762	+2,1	+40,0
Commerce de détail, à l'exception des automobiles et des motocycles (NAF=47)	307 712		306 154		-0,5	
	171 882	135 830	173 140	133 014	+0,7	-2,1
Restauration (NAF=56)	140 259		147 605		+5,2	
	86 088	54 170	94 574	53 031	+9,9	-2,1
Autres services personnels (NAF=96)	103 260		137 308		+33,0	
	26 236	77 024	30 253	107 055	+15,3	+39,0
Activités juridiques et comptables (NAF=69)	74 851		93 726		+25,2	
	45 512	29 339	47 799	36 467	+5,0	+56,5
Commerce de gros, à l'exception des automobiles et des motocycles (NAF=46)	79 931		81 623		+5,2	
	63 624	16 308	65 529	18 157	+3,6	+11,3
Activités des sièges sociaux ; conseil de gestion (NAF=70)	47 824		77 988		+70,7	
	34 888	12 935	54 649	26 973	+56,6	+108,5
Enseignement (NAF=85)	51 632		71 299		+51,0	
	31 588	20 043	42 218	35 770	+33,7	+78,5

NAF : nomenclature d'activités française.

de la rééducation ; 2) dans le secteur des travaux de construction spécialisés (+57 000, +17,7%) avec une forte progression de métiers exercés par des artisans dans le domaine de l'électricité, des travaux de peinture et de maçonnerie ; et 3) dans le secteur des autres services personnels (+34 000, +33,0%), avec la plus forte progression chez les artisans coiffeurs, manucures et esthéticiens (tableau 3). Les secteurs de la santé humaine et des activités juridiques et comptables, déjà présents en 2007 dans les dix secteurs les plus fréquents pour la population de non-salariés, ont progressé en 2015 passant respectivement de la 4^e à la 3^e place et de la 8^e à la 7^e place. En revanche, les activités des sièges sociaux, conseils de gestion ainsi que l'enseignement ont fait leur apparition dans le top 10 de 2015 (respectivement rang 15 et 13 en 2007, +70,7% et +51,0%). À l'exception du secteur des travaux de construction spécialisés, l'ensemble des secteurs précédemment cités ont vu une augmentation plus importante chez les femmes que chez les hommes avec des taux de croissance au minimum deux fois supérieurs et jusqu'à 20 fois supérieurs (activités pour la santé humaine).

La population non salariée est constituée en 2015 de : 59,1% d'indépendants, 39,7% d'employeurs et 1,2% d'aides familiaux. Alors que les hommes sont plus nombreux parmi les indépendants et

les employeurs (respectivement 62,0% et 74,4%), les femmes sont quant à elles plus nombreuses parmi les aides familiaux (71,9%). Les secteurs les plus représentés varient selon ces trois catégories (figure 1). Les indépendants se répartissent majoritairement : 1) dans le secteur de la culture et production animale, chasse et services annexes (14,5%) ; 2) dans les activités pour la santé humaine (13,9%) ; puis 3) dans les travaux de construction spécialisés (11,3%). Les employeurs occupent principalement : 1) les secteurs des travaux de construction spécialisés (13,4%) ; 2) le commerce de détail, à l'exception des automobiles et des motocycles (11,5%) ; et 3) la culture et production animale (10,2%). Quasiement la moitié des aides familiaux occupe trois secteurs principalement, la culture et production animale (23,9%), les travaux de construction spécialisés (10,4%) et le commerce de détail à l'exception des automobiles et des motocycles (10,3%).

Concernant l'exposition professionnelle de ces travailleurs aux trois nuisances professionnelles retenues, la proportion de travailleurs exposés quel que soit le statut évolue très peu entre 2007 et 2015 pour les poussières de farine et de céréales, mais baisse nettement pour le formaldéhyde (1,2% IS[0,9-1,4] à 0,4% IS[0,3-0,5]) (figure 2). Quelle que soit l'exposition professionnelle, on constate que la proportion d'exposés est, sur l'ensemble de la période, nettement

Les 10 secteurs d'activité avec les plus fortes augmentations d'effectifs chez les non-salariés en France entre 2007 et 2015

Libellés NAF	2007		2015		Augmentation des effectifs entre 2007 et 2015
	Effectif	Répartition parmi les non-salariés	Effectif	Répartition parmi les non-salariés	
Activités pour la santé humaine (NAF=86)	296 522	10,4%	359 587	11,4%	+63 065
Travaux de construction spécialisés (NAF=43)	324 635	11,4%	382 209	12,1%	+57 574
Autres services personnels (NAF=96)	103 260	3,6%	137 308	4,4%	+34 049
Activités des sièges sociaux ; conseil de gestion (NAF=70)	47 824	1,7%	81 623	2,6%	+33 799
Enseignement (NAF=85)	51 632	1,8%	77 988	2,5%	+26 357
Autres activités spécialisées, scientifiques et techniques (NAF=74)	22 281	0,8%	47 559	1,5%	+25 279
Activités juridiques et comptables (NAF=69)	74 851	2,6%	93 726	3,0%	+18 875
Programmation, conseil et autres activités informatiques (NAF=62)	28 933	1,0%	44 844	1,4%	+15 910
Services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager (NAF=81)	38 685	1,4%	53 303	1,7%	+14 618
Activités immobilières (NAF=68)	46 411	1,6%	60 255	1,9%	+13 844

NAF : nomenclature d'activités française.

plus élevée dans la population des travailleurs non salariés, même si l'on note une diminution plus marquée de la fréquence d'exposition pour les travailleurs non salariés que pour les travailleurs salariés. En effet, en 2015 et pour les trois nuisances étudiées, en considérant l'ensemble des travailleurs exposés quel que soit le secteur d'activité, les statut-ratios (SR) sont tous inférieurs à 1, ce qui traduit que la proportion de non-salariés exposés est plus élevée que celle des salariés (figure 3) : le SR pour les poussières de farine est de 0,7 ($p_{\text{salariés}} = 1,0\%$ IS[0,6-1,3] ; $p_{\text{non-salariés}} = 1,5\%$ IS[1,0-1,8]), pour les poussières de céréales de 0,04 ($p_{\text{salariés}} = 0,1\%$ IS[0,1-0,2] ; $p_{\text{non-salariés}} = 3,0\%$ IS[1,3-4,8]) et pour le formaldéhyde de 0,2 ($p_{\text{salariés}} = 0,2\%$ IS[0,2-0,3] ; $p_{\text{non-salariés}} = 1,3\%$ IS[0,9-1,7]).

Pour les secteurs d'activité avec une proportion de travailleurs exposés supérieure à 5% pour au moins un des deux statuts, on constate que la proportion d'exposés chez les non-salariés est supérieure à celle des salariés dans la plupart des secteurs, avec des SR inférieurs à 1 (figure 3). Seul le secteur de la restauration voit sa proportion d'exposés aux poussières de farine plus élevée chez les salariés. À l'inverse, dans les industries alimentaires, la proportion d'exposés aux poussières de farine chez les salariés est bien plus faible que celle des non-salariés (SR=0,4), tout comme pour les exposés aux poussières de céréales dans le secteur de la culture et production animale, chasse et services annexes. Pour l'exposition au formaldéhyde, les secteurs sont plus variés et les proportions d'exposés sont plus petites pour les salariés comme pour les non-salariés, par rapport aux deux précédentes expositions. Toutefois, les non-salariés demeurent plus souvent exposés que les salariés, avec des SR variant entre 0,6 et 0,8. Ces analyses ont été

réalisées selon le sexe et des résultats similaires sont observés, à l'exception du secteur de la restauration pour l'exposition aux poussières de farine. Dans ce dernier, on note un SR de 0,9 chez les femmes indiquant une proportion d'exposées plus importante chez les non-salariées que chez les salariées, alors que chez les hommes, la proportion est plus élevée chez les salariés (SR=2,4).

Discussion

Cette étude permet de décrire l'évolution entre 2007 et 2015 de la population des travailleurs en France selon leur statut (salariés ou non-salariés) et de spécifier les différences d'exposition professionnelle à trois nuisances (poussières de farine, poussières de céréales et formaldéhyde) selon le statut du travailleur.

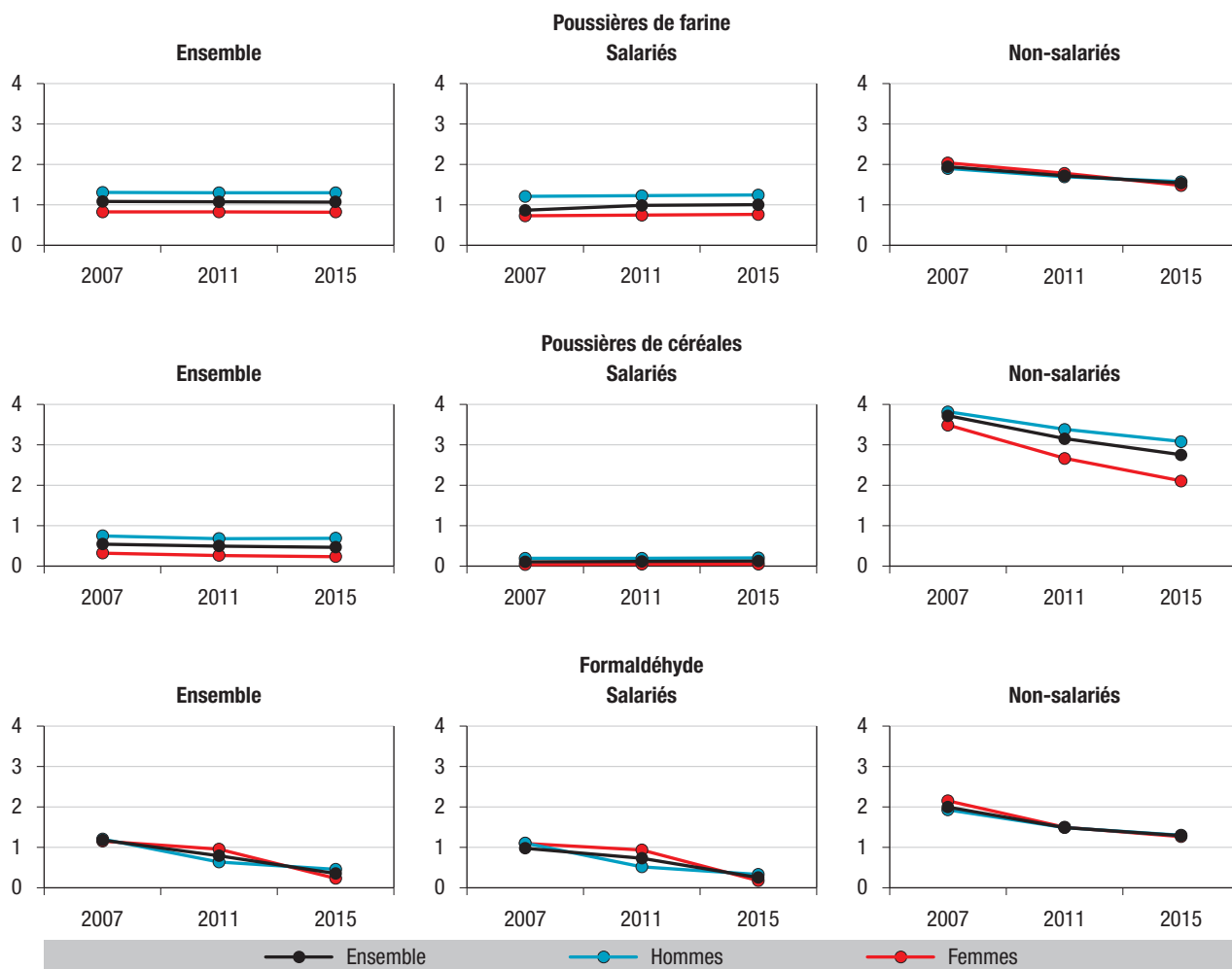
Évolution et exposition

Forte augmentation de la population des travailleurs non salariés

La population globale des salariés évolue peu entre 2007 et 2015 (+0,3%). À l'inverse, la population des non-salariés, sept fois plus petite que celle des salariés, est en augmentation sur les dix dernières années (+10,7%) et notamment dans des secteurs avec une large population de non-salariés (activités pour la santé humaine et travaux de construction spécialisés). Cette augmentation peut être expliquée dans les secteurs principalement hors agriculture, par la mise en place du statut d'auto-entrepreneur au 1^{er} janvier 2009¹⁹ qui a permis à des travailleurs de lancer une activité pour leur propre compte, en facilitant les modalités d'accès à l'entrepreneuriat. La répartition selon la catégorie des non-salariés

Figure 2

Évolution des proportions d'exposés (%) aux poussières de farine, aux poussières de céréales et au formaldéhyde, pour les années 2007, 2011 et 2015, pour l'ensemble de la population, les salariés et les non-salariés



montre une large concentration de non-salariés chez les indépendants et les employeurs (98,8% des non-salariés) qui sont également les catégories les plus masculinisées. À l'inverse, les femmes font plus souvent partie de la catégorie des aides familiaux, dont la part a baissé parmi les non-salariés depuis 2007 (passant de 5,9% en 2007²⁰ à 1,2% en 2015).

Quelle que soit la population de travailleurs, on note une évolution importante des effectifs dans les domaines de l'aide à la personne (aides à domicile, aides ménagères, assistantes maternelles, aides-soignantes) ou des services (personnels de restauration). À l'inverse, le secteur de l'agriculture est en déclin avec une baisse des effectifs sur la période.

Évolution de la population féminine dans la population des non-salariés

La population féminine est en augmentation dans le monde du travail sur la période d'étude, avec une très nette augmentation dans la population non salariée (+18,7%). Cette évolution de l'emploi indépendant des femmes est également constatée en 2015 où 40% des créations d'entreprises sont réalisées par des femmes, allant même jusqu'à 44% pour les secteurs d'activité hors construction²¹. D'autre part, même si

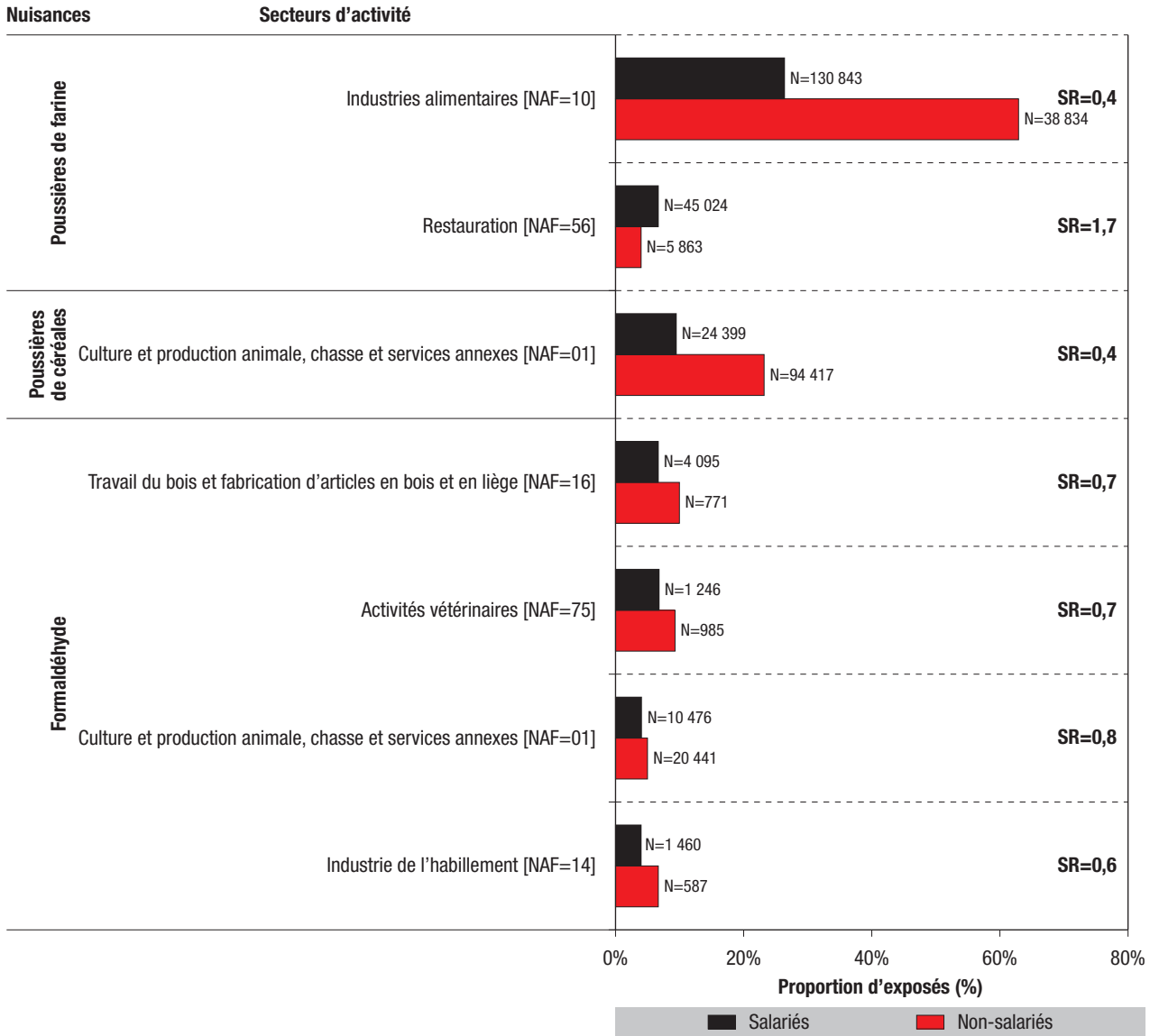
les femmes représentent encore aujourd'hui la grande majorité des emplois d'aides familiaux, l'emploi non salarié des femmes est recentré dans les catégories des indépendants (65% des femmes non salariées) et des employeurs (25%), la catégorie des aides familiaux ne représentant plus que 8% de leurs emplois²².

Choix des nuisances

L'étude s'est intéressée à identifier les différences d'exposition au sein des populations de salariées et de non-salariées. Les MEE du programme Matgéné documentent l'exposition professionnelle à des poussières minérales ou organiques, des fibres minérales, des solvants ou autres produits chimiques, et à des expositions physiques ou des contraintes organisationnelles. Le choix des nuisances dans le cadre de cette étude a été conditionné par leur toxicité, leur pertinence de les retrouver dans les environnements professionnels de chacune des sous-populations et l'existence de MEE développées selon les nomenclatures PCS 2003 et NAF 2008 pour permettre de les croiser avec les données du recensement. Ainsi, chacune des trois nuisances sélectionnées (poussières de farine, de céréales et formaldéhyde) est retrouvée dans des secteurs

Figure 3

Statut-ratios des secteurs d'activité ayant une prévalence d'exposition >5% pour au moins l'un des statuts d'emploi (salariés, non-salariés), en France, en 2015



SR : statut-ratio ; NAF : nomenclature d'activités française.

occupés par des populations de salariés et non-salariés et constitue un facteur de risque lié à l'activité professionnelle. La sélection des nuisances professionnelles pourrait être adaptée pour l'exploitation de sous-populations spécifiques d'un secteur ou d'un groupe professionnel.

Différences d'exposition entre les travailleurs salariés et les travailleurs non salariés

Concernant les expositions professionnelles, on constate que la proportion d'exposés aux poussières de farine et aux poussières de céréales change très peu dans l'ensemble entre 2007 et 2015, alors qu'elle chute pour le formaldéhyde, du fait en grande partie de l'évolution réglementaire des biocides en 2012, restreignant l'utilisation de cette substance dans de nombreux secteurs²³. Les résultats de notre étude pour les travailleurs salariés sont proches de ceux obtenus dans l'enquête Sumer 2017 pour la farine,

avec 1% de salariés exposés aussi bien dans Sumer que dans notre étude en 2015²⁴. En revanche, pour le formaldéhyde, la baisse de la part de travailleurs salariés exposés identifiée dans notre étude n'est pas retrouvée dans Sumer (0,7% dans Sumer vs 0,2% dans notre étude). La même comparaison réalisée pour l'année 2010 montrait des proportions équivalentes (0,7% vs 0,7%) ; la baisse observée dans nos résultats en 2015 reflète la réglementation européenne biocides de 2012 qui a fortement limité l'utilisation du formaldéhyde en milieu professionnel²³. À notre connaissance, aucune donnée d'exposition professionnelle des travailleurs non salariés à ces nuisances n'est disponible dans la littérature et ne permet donc pas de confronter les résultats de notre étude pour cette population.

L'étude met en évidence une part plus importante de l'exposition dans la population non salariée avec des proportions d'exposés de 1,2 à 2,5 fois plus

importante dans de nombreux secteurs pour les trois nuisances retenues. La population non salariée apparaît donc comme une population certes minoritaire, mais qui concentre relativement l'exposition dans certains secteurs. Ces différences d'exposition entre les deux sous-populations n'ont pas ou peu été documentées compte tenu du peu de données disponibles sur les conditions de travail et notamment les expositions chimiques de la population non salariée. Il est cependant établi qu'il s'agit d'une population ayant des plages de travail beaucoup plus étendues, avec un nombre d'heures hebdomadaires en moyenne bien plus élevé et un travail plus fréquent le samedi et le dimanche que dans la population des salariés⁹. L'enquête Conditions de travail, complémentaire de l'enquête emplois de 2015, a notamment montré que les travailleurs non salariés déclarent plus souvent être exposés à des risques professionnels que les salariés, notamment pour le risque de blessure ou d'accident (60,4% chez les non-salariés vs 48,2% chez les salariés) et pour le risque d'accident de la circulation (55,7% vs 30,1%)¹¹. D'autre part, il s'agit d'une population qui n'est pas suivie par la médecine du travail et qui a un rapport avec la santé différente de la population salariée. Ainsi, la population non salariée contracte moins souvent une assurance complémentaire et déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons de coût de soins, mais également de manque de temps, alors que la population salariée évoque majoritairement le coût des soins. De plus, lorsque la maladie survient, la probabilité de s'arrêter de travailler quand on est en emploi depuis au moins 5 ans est de deux tiers moins élevée dans la population non salariée que dans la population salariée²⁵.

Conclusion et perspectives

Cette étude porte sur les évolutions des populations des travailleurs salariés et non salariés entre 2007 et 2015 et montre une nette progression des emplois non-salariés en France. Elle met également en évidence des différences de proportions d'exposés selon le statut du travailleur ; bien que la population des non-salariés soit une minorité dans la population des travailleurs, elle subit potentiellement plus lourdement les conséquences des expositions à certaines nuisances que la population des salariés, compte tenu de la concentration de ses emplois dans des activités d'artisanat ou de service. Ces résultats montrent qu'il faut développer des actions de prévention auprès de ces travailleurs non salariés qui ne sont aujourd'hui pas suivis par la médecine du travail, et font échos aux propositions faites dans ce sens dans l'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) portant sur le stress au travail et la santé dans cette population⁹. En ce sens, nos résultats pourraient servir à orienter la prévention en ciblant les secteurs et les expositions professionnelles encore préoccupants pour cette population. Les cohortes Coset mises en place par Santé publique France²⁶ visent à connaître et suivre

les expositions et l'état de santé de la population des travailleurs affiliés à la MSA (Coset-MSA) et des travailleurs indépendants (Coset-Indépendants) et fourniront des données longitudinales sur les expositions professionnelles et l'état de santé de ces populations particulières. Ces données permettront également de documenter les populations particulières des auto-entrepreneurs et des polyactifs qui n'ont pas pu être décrits dans cette étude. Enfin, cette première approche visant à analyser l'exposition professionnelle selon le statut salarié ou non salarié des travailleurs pourra être reconduite avec d'autres nuisances et cibler des secteurs ou groupes professionnels à risque. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Institut national de la statistique et des études économiques. Population active, emploi et chômage en 2016. Emplois selon le statut professionnel. Paris: Insee; 2019. https://www.insee.fr/fr/statistiques/4177135?sommaire=4177572&geo=FE-1#EMP_T6.
- [2] Le Boëté I. Les indépendants : le rebond amorcé dans les années 2000 se poursuit en 2016. Insee Première. 2019;(1768):1-4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4199203>
- [3] Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail. JORF n° 0302 du 29 décembre 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033723789>
- [4] Lemaitre A, Valenty M. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France. Résultats des Quinzaines MCP 2008 à 2011. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014. 101 p. <https://www.sante publiquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladies-a-caractere-professionnel/documents/rapport-synthese/programme-de-surveillance-des-maladies-a-caractere-professionnel-mcp-en-france.-resultats-des-quinzaines-mcp-2008-a-2011>
- [5] Rollin L, Leroyer A. EVREST- Evolutions et Relations en Santé au Travail. Rapport descriptif national 2017-2018. GIN Evrest; 2019. <http://evrest.istnf.fr/page-35-0-0.html#menu>
- [6] Coutrot T, Memmi S, Rosankis É, Sandret N, Léonard M, Morand S, et al. L'enquête Sumer 2016-2017 : bilan de la collecte. Références en Santé au Travail. 2018(156):19-27. <https://www.inrs.fr/media.html?refNRS=TF%20260>
- [7] Geoffroy Perez B, Chatelot J, Santin G, Benezet L, Delezire P, Imbernon E. Coset : un nouvel outil généraliste pour la surveillance épidémiologique des risques professionnels. Bull Epidemiol Hebd. 2012(22-23):276-7. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/coset-un-nouvel-outil-genera-liste-pour-la-surveillance-epidemiologique-des-risques-professionnels>
- [8] Goulard H, Homère J, Bonmarin I. Surveillance sanitaire des artisans retraités de la cohorte ESPri : analyse de mortalité. Bull Epidemiol Hebd. 2019(12):211-6. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/12/2019_12_3.html
- [9] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Stress au travail et santé : situation chez les indépendants. Paris: Editions Inserm; 2011. 483 p. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/stress-travail-et-sante-situation-chez-independants>

- [10] Agreste. Conditions de travail – salariés et exploitants agricoles GRAPH'AGRI 2019 – L'agriculture, la forêt, la pêche et les industries agroalimentaires 2019. p. 45. <https://agreste.agriculture.gouv.fr/agreste-web/>
- [11] Algava E, Vinck L. Les conditions de travail des non-salariés en France en 2005. Premières synthèses. 2009;50.1:1-8. <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2009-12-50-1.pdf>
- [12] Homere J, Goulard H, Audignon-Durand S, Delabre L, Pilorget C, RSI. Exposition professionnelle aux poussières alvéolaires de silice cristalline libre des artisans retraités du régime social des indépendants – Programme ESPRI. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014. 7 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/exposition-professionnelle-aux-poussieres-alveolaires-de-silice-cristalline-libre-des-artisans-retraites-du-regime-social-des-independants.-program>
- [13] Institut national de la statistique et des études économiques. Présentation du recensement de la population 2019. Paris: Insee; 2020. <https://www.insee.fr/fr/information/2383265>.
- [14] Institut national de la statistique et des études économiques. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles 2003. Paris: Insee; 2003. <https://www.insee.fr/fr/information/2406153>
- [15] Institut national de la statistique et des études économiques. Nomenclatures d'activités et de produits françaises. NAF rév.2 – CPF rév.2. Paris: Insee; 2008. <https://www.insee.fr/fr/information/2406147>
- [16] El Yamani M, Fréry N, Pilorget C. Évaluation des expositions professionnelles de la population des travailleurs en France : des outils et des méthodes. Bull Epidémiol Hebd. 2018(12-13):216-20. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/12-13/2018_12-13_1.html
- [17] Pilorget C, Garras L, Houot M. Des outils d'aide à l'évaluation des expositions professionnelles : les matrices emplois-expositions du portail Exp-Pro. Saint-Maurice: Santé publique France; 2016. 6 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/exposition-a-des-substances-chimiques/pesticides/documents/rapport-synthese/des-outils-d-aide-a-l-evaluation-des-expositions-professionnelles-les-matrices-emplois-expositions-du-portail-exp-pro>
- [18] Institut national de la statistique et des études économiques. Le recensement de la population. Les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS). 2018. <https://www.insee.fr/fr/information/2383177>.
- [19] Thillet J-F, Bouvet S. Le micro-entrepreneuriat, source de croissance et de transformation de l'emploi non salarié. Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes (2016-) 2019(80):4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4133874>
- [20] Institut national de la statistique et des études économiques. Activité, chômage, emploi et inactivité de 2005 à 2013. Enquête emploi en continu – Insee Résultats. 2014. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2130417>
- [21] Bonnetête F, Rousseau S. Les créations d'entreprises en 2015 : net repli des immatriculations de micro-entrepreneurs. Insee Première. 2016(1583):4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908149>
- [22] Abdelnour S, Bernard S, Gros J. Genre et travail indépendant. Divisions sexuées et places des femmes dans le non-salariat. Travail et Emploi. 2017;150(2):5-23.
- [23] Delabre L, Garras L, Houot M, Pilorget C. Prévalences d'exposition professionnelle au formaldéhyde en France en 2015 et évolution depuis 1982. Résultats obtenus à partir de la matrice emplois-expositions du programme Matgéné. Bull Epidémiol Hebd. 2019. (33):679-86. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/33/2019_33_2.html
- [24] Matinet B, Rosankis E. Les expositions aux risques professionnels dans la fonction publique et le secteur privé en 2017. Enquête Sumer 2017. Synthèse Stat. 2019(31):1-33. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/synthese-stat-synthese-eval/article/les-expositions-aux-risques-professionnels-dans-la-fonction-publique-et-le>
- [25] Algava É, Cavalin C, Célérier S. La singulière bonne santé des indépendants Travail et Emploi. 2012;132(4):5-20.
- [26] Geoffroy-Perez B, Soullier N, Delézire P, Bénézet L, Deschamps G, Breuillard E, *et al.* Cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail (Coset). Bilan de la phase d'inclusion de la cohorte Coset-MSA. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. 71 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/cohortes-pour-la-surveillance-epidemiologique-en-lien-avec-le-travail-coset.-bilan-de-la-phase-d-inclusion-de-la-cohorte-coset-msa>

Citer cet article

Fels A, Houot M, Garras L, Delabre L, Pilorget C. Travailleurs salariés et non salariés en France entre 2007 et 2015 : description des populations et identification de différences d'exposition professionnelle. Bull Epidémiol Hebd. 2021;(2):22-31. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/2/2021_2_1.html

VALIDATION DE LA VERSION FRANÇAISE D'UN OUTIL DE DÉPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES FAITES AUX FEMMES, LE WAST (WOMAN ABUSE SCREENING TOOL)

// VALIDATION OF THE FRENCH WOMAN ABUSE SCREENING TOOL (WAST) TO ROUTINELY IDENTIFY INTIMATE PARTNER VIOLENCE

Candy Guiguet-Auclair¹, Baptiste Boyer², Keltoume Djabour³, Mehdi Ninert³, Estelle Verneret-Bord³, Françoise Vendittelli¹, Anne Debost-Legrand^{1,4} (alegrand@chu-clermontferrand.fr)

¹ Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, CNRS, Sigma Clermont, Institut Pascal, Clermont-Ferrand

² CHU Clermont-Ferrand, Service de médecine légale, Clermont-Ferrand

³ Union régionale des Centres d'information sur les droits des femmes et des familles, Clermont-Ferrand

⁴ Réseau de santé périnatale en région Auvergne, Clermont-Ferrand

Soumis le 26.06.2020 // Date of submission: 06.26.2020

Résumé // Abstract

Introduction – Les professionnels de santé sous-estiment la prévalence des violences conjugales et peu d'entre eux déclarent effectuer un dépistage et une prise en charge efficace des victimes. Par ailleurs, ils ne disposent pas d'outil simple et validé en français. Notre objectif était ainsi de valider la version française du questionnaire *Woman Abuse Screening Tool* (WAST).

Matériels et méthodes – Une étude cas-témoins a été réalisée dans le Service de médecine légale du Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand et dans deux Centres d'information sur les droits des femmes et des familles. Les femmes victimes et non-victimes ont complété le questionnaire WAST et un questionnaire sur leur niveau d'aise pour remplir ce dernier au cours de l'étude et lors d'une consultation hypothétique avec leur médecin traitant. Une analyse des propriétés psychométriques et des performances diagnostiques du WAST a été effectuée.

Résultats – L'acceptabilité du WAST a été très bonne avec un taux de réponse supérieur à 95%. Les performances diagnostiques pour une valeur seuil de 5 étaient excellentes : l'aire sous la courbe ROC était de 0,99, la sensibilité de 97,7% et la spécificité de 97,1%. Les niveaux d'aise étaient significativement plus faibles chez les victimes que chez les non-victimes. Les deux groupes étaient plus à l'aise pour compléter le WAST au cours d'une étude que lors d'une consultation.

Discussion – L'outil de dépistage WAST en version française est valide et bien accepté pour identifier les violences conjugales en pratique courante. Il peut aider les professionnels de santé à repérer de manière précoce les femmes subissant des violences et ainsi optimiser leur prise en charge.

Introduction – Health care professionals strongly underestimate prevalence of intimate partner violence (IPV) and few of them think that they screen and refer victims appropriately for assistance. In addition, they did not have a simple and validated tool in French. Our aim was to cross-culturally adapt a French version of the *Woman Abuse Screening Tool* (WAST).

Methods – A multicenter case-control study was performed in the forensic medicine unit of the University Hospital of Clermont-Ferrand and in two centres of the Women's Rights Association in France. Abused and non-abused women self-completed the WAST and a questionnaire assessing their level of comfort in responding to the WAST during the study, and during a hypothetical consultation with a physician in primary care. We analyzed the psychometric properties and screening performance of the WAST.

Results – Respondent acceptability was very good, with response rates exceeding 95%. Its screening performance with a cut-off score of 5 was excellent: area under the ROC curve was 0.99, sensitivity 97.7% and specificity 97.1%. The levels of comfort were significantly lower among abused compared with non-abused women. Both groups of women were more comfortable answering the WAST during the study than in a hypothetical consultation.

Discussion – The French version of the WAST was found to be a well-accepted and valid screening tool for routinely use in IPV. It may help health care professionals to early detect women experiencing abuse and to refer them more quickly to specific assistance.

Mots-clés : Dépistage, Violence conjugale, Questionnaire WAST, Pratique courante

// **Keywords**: Screening, Intimate partner violence, WAST, Current practice

Introduction

La prévalence des violences conjugales au cours de la vie d'une femme a été estimée à 30% dans le monde et 26% en France¹. En moyenne, au cours d'une année en France, 225 000 femmes âgées de plus de 18 ans sont victimes de violence physique et/ou sexuelle perpétrée par leur conjoint ou ex-conjoint. En 2018, 121 femmes sont mortes sous les coups de leur conjoint ou ex-conjoint, soit 1 femme tous les 3 jours². Les conséquences des violences conjugales sur l'état de santé des femmes sont graves et multiples avec notamment la survenue de pathologies psychiatriques et une altération de la qualité de vie. Ces violences peuvent également altérer l'état de santé des nouveau-nés et des jeunes enfants lorsque les violences se produisent au cours de la grossesse ou en post-partum immédiat³.

Des recommandations internationales et nationales ont été élaborées pour que le dépistage des victimes de violence conjugale soit effectué afin de leur proposer une orientation précoce pour une prise en charge optimale⁴⁻⁶. Ce dépistage repose en particulier sur les professionnels de santé qui sont souvent le premier recours des victimes. Cependant, plusieurs études réalisées au Royaume-Uni, au Canada ou aux États-Unis ont montré que ce dépistage était insuffisant quel que soit le lieu de l'enquête (centre hospitalier public ou privé, centre communautaire, cabinet libéral), la profession (médecin, profession paramédicale, travailleur social) ou la spécialité (médecin généraliste, psychiatre, gynécologue-obstétricien, urgentiste)^{7,8}, et particulièrement faible en cas de consultation en libéral⁹. Les freins au dépistage tiennent plutôt aux professionnels de santé souvent réticents à effectuer celui-ci. Ils expriment un manque d'expérience et l'absence de formation spécifique^{10,11}. Ils ont parfois des méconnaissances et des *a priori* sur les situations de violence. La prévalence des violences conjugales est très largement sous-estimée et peu de professionnels de santé pensent effectuer un dépistage et une orientation appropriés de ces victimes de violences^{7,12}. Les études ont aussi mis en évidence que ces professionnels manquaient d'outils et de procédures de référence leur permettant une prise en charge efficace de la victime⁸.

En France, un Grenelle contre les violences conjugales s'est tenu en 2019. Les travaux de ce Grenelle ont mis en évidence la nécessité de mieux repérer les victimes afin de les orienter vers une prise en charge adaptée à leurs besoins¹³. Des recommandations ont ainsi été émises par la Haute Autorité de santé à destination des professionnels de santé au moyen de fiches réflexes⁶. De même, des outils de formation sur les violences faites aux femmes s'adressant à l'ensemble des professionnels ont été conçus par la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof), en collaboration avec des équipes pluridisciplinaires d'experts et de professionnels. Néanmoins, aucun outil valide de dépistage des violences conjugales pouvant être utilisé en pratique courante, notamment en libéral, n'est actuellement disponible en français.

Un tel questionnaire de dépistage doit posséder de bonnes propriétés psychométriques, être facile et rapide d'emploi, être court, tout en explorant l'ensemble des types de violence. Parmi les outils existants⁵, le questionnaire *Woman Abuse Screening Tool* (WAST), questionnaire canadien en anglais, possède ces différentes propriétés. Il a été développé à destination des médecins généralistes dans le but d'être pratique, accessible et acceptable par les femmes¹⁴. Afin de tester son acceptabilité et son utilité, 20 médecins généralistes canadiens ont été recrutés et ont administré le questionnaire à leurs patientes. Ces médecins exerçaient, dans des proportions équivalentes, en ville ou à la campagne, et ne possédaient pas de formation particulière sur les violences conjugales. Plus de 90% des femmes ont rapporté être à l'aise pour remplir le questionnaire ou lorsque les questions étaient posées par leur médecin traitant¹⁴. Les médecins généralistes eux-mêmes ont déclaré être à l'aise en faisant remplir le WAST à leurs patientes et ont perçu cet outil comme très utile dans le dépistage des violences conjugales¹⁴. Il a déjà été utilisé dans plusieurs études internationales (États-Unis, Canada, Asie) afin d'identifier la prévalence de violences conjugales parmi les femmes consultant en médecine générale, services d'urgences, de chirurgie, avec une sensibilité et une spécificité de plus de 90%^{5,15}.

L'objectif principal de notre étude était d'effectuer une adaptation transculturelle et de valider une version française du WAST en évaluant ses propriétés psychométriques. L'objectif secondaire était d'étudier le niveau d'aise des femmes lorsqu'elles remplissaient le questionnaire au cours de cette étude et si le questionnaire avait été rempli au cours d'une consultation avec leur médecin traitant.

Matériels et méthodes

Population d'étude

Deux groupes de femmes ont été recrutés :

- Les femmes repérées par un professionnel comme étant victimes de violence conjugale ont été recrutées au sein de services experts dans leur prise en charge : Service de médecine légale du CHU de Clermont-Ferrand et Centres d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) du Puy-de-Dôme et de l'Allier.
- Les femmes non victimes de violence conjugale ont été recrutées parmi l'entourage des investigateurs et leurs contacts professionnels, ainsi que parmi les étudiants des instituts de formation paramédicale et en Master d'éducation et santé publique de Clermont-Ferrand.

Dans les deux groupes, les femmes devaient être âgées de 18 ans au moins, comprendre, parler et lire le français et être en couple avec le même partenaire depuis au moins 12 mois.

Un avis éthique consultatif favorable a été obtenu le 26 février 2016 (Comité d'éthique des centres d'investigation clinique de l'inter-régions Rhône-Alpes-Auvergne, Grenoble, IRB 5921). Le recrutement a été effectué du 1^{er} juillet 2016 au 30 avril 2019.

Données recueillies

Un auto-questionnaire anonyme a été proposé aux deux groupes de femmes de l'étude. Il était rempli de manière individuelle par toutes les femmes volontaires au cours d'une consultation ou suite à une séance d'information sur l'étude dans les centres de recrutement.

Le questionnaire incluait :

- le WAST composé de huit questions fermées, les deux premières portant sur les relations au sein du couple de manière générale, les six suivantes sur les violences physiques, psychologiques et sexuelles. Les modalités de réponses sont 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 varie de 0 à 16 ;
- un questionnaire permettant d'évaluer le niveau d'aise lorsque les femmes répondaient à chaque question du WAST au cours de l'étude ou si elles avaient dû y répondre au cours d'une consultation hypothétique avec leur médecin traitant. Les modalités de réponses sont cotées sur une échelle de Likert en cinq points, de 1 (pas du tout à l'aise) à 5 (totalement à l'aise) ;
- Des données sociodémographiques sur les femmes et leur conjoint.

Traduction et adaptation transculturelle du WAST

Une version française du WAST (figure) a été obtenue en respectant les recommandations d'un processus d'adaptation transculturelle¹⁶. Puis une étude de faisabilité a été réalisée afin de tester la compréhension et l'acceptabilité du questionnaire auprès de 20 femmes (11 victimes de violence conjugale et 9 non-victimes).

Analyses statistiques

L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel SAS (SAS® v9.4, SAS Institute). Le risque de première espèce α a été fixé à 5%.

Les caractéristiques sociodémographiques des victimes et des non-victimes ont été décrites et comparées par des tests du Chi2 ou tests exacts de Fisher pour les variables catégorielles, et par des tests non paramétriques de Mann-Whitney pour les variables continues.

Les propriétés psychométriques suivantes ont été évaluées :

- L'acceptabilité du WAST : taux de réponse obtenu pour le WAST total et chaque item ;
- La distribution des scores du WAST : les réponses de chaque item ont été comparées entre les victimes et les non-victimes par des tests du Chi2 ou tests exacts de Fisher. Un effet plancher/plafond a été recherché pour chaque item. Un effet était considéré comme présent si plus de 15% des femmes obtenaient le score le plus

Figure

Version française du WAST, questionnaire de dépistage des violences conjugales

Questionnaire WAST

Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

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

- Très tendue Assez tendue Sans tension

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

- Très difficilement Assez difficilement Sans difficulté

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

- Souvent Parfois Jamais

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

- Souvent Parfois Jamais

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

- Souvent Parfois Jamais

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

- Souvent Parfois Jamais

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

- Souvent Parfois Jamais

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

- Souvent Parfois Jamais

WAST : *Woman Abuse Screening Tool*.

faible ou le plus élevé. Les scores totaux du WAST ont été comparés entre les deux groupes par des tests non paramétriques de Mann-Whitney ;

- La cohérence interne du WAST : le coefficient α de Cronbach a été calculé. Les corrélations item-total corrigées ont été évaluées. Des coefficients de corrélation supérieurs à 0,40 indiquent une bonne cohérence interne ;
- Les performances diagnostiques : une courbe ROC (*receiver operating characteristic* ou courbe sensibilité/spécificité) a été estimée afin de rechercher la valeur seuil optimale du score total du WAST, permettant de discriminer au mieux les femmes victimes de violence des non-victimes, et d'obtenir la meilleure sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et négative.

Les niveaux d'aise ont été comparés entre les groupes par des tests de Mann-Whitney.

Dans les analyses par tests du Chi2 ou tests exacts de Fisher, la statistique V de Cramer a été utilisée comme indice de taille d'effet (*effect size*). La statistique d de Cohen a été utilisée dans les analyses par tests de Mann-Whitney. Une association a été considérée comme faible pour $V < 0,30$ ou $d < 0,50$, modérée pour $0,30 \leq V < 0,50$ ou $0,50 \leq d < 0,80$ et importante pour $V \geq 0,50$ ou $d \geq 0,80$.

Résultats

Au cours de l'étude, 361 femmes ont participé, 181 victimes et 180 non-victimes. Les femmes victimes ont été recrutées pour 39,8% dans le Service de médecine légale du CHU de Clermont-Ferrand et pour 60,2% au sein des CIDFF. Le tableau 1 présente les caractéristiques des victimes et non-victimes. Il existait une différence significative

entre les groupes pour l'ensemble des variables, sauf pour leur âge et celui de leur conjoint. Les femmes victimes étaient plus souvent séparées ou divorcées et la durée de la relation avec leur conjoint était plus courte que celle des non-victimes. Elles vivaient plus souvent seules, étaient plus fréquemment d'origine étrangère et avaient plus souvent des enfants. Parmi elles, 31,4% étaient « parent isolé » contre 4,1% des femmes non victimes.

Le pourcentage de réponses complètes à l'ensemble du questionnaire WAST était de 97,5% (97,8% pour les femmes victimes et 97,2% pour les non-victimes). Pour chaque item, les pourcentages de réponse variaient entre 97,8% et 99,4% pour les femmes victimes et entre 98,9 et 100% pour les non-victimes. Aucun effet plafond n'a été retrouvé. En revanche, un effet plancher pour le score total était présent chez les femmes non-victimes (61,7% avaient un score de 0). Le tableau 2 présente la distribution de chaque item du WAST et du score total. Pour chaque item, une différence significative a été retrouvée entre les deux groupes. Plus de 90% des femmes non-victimes ont déclaré n'avoir jamais subi de violences physiques, psychologiques ou sexuelles, contre respectivement 12,4%, 5,6% et 70,2% des femmes victimes. Le score moyen total du WAST était significativement plus élevé dans le groupe des victimes.

Le tableau 3 présente la distribution des réponses au WAST en fonction du mode de recrutement chez les victimes de violence conjugale. Seule la distribution de l'item 2 est statistiquement différente entre les victimes recrutées dans les CIDFF et en médecine légale.

La version française du WAST avait une bonne cohérence interne avec un coefficient α de Cronbach de 0,95. Les corrélations items-total corrigées variaient de 0,50 à 0,88 et étaient toutes significatives.

Tableau 1

Caractéristiques des femmes victimes et non victimes de violence conjugale incluses dans la validation française du WAST

	Victimes (N=181)	Non-victimes (N=180)	p
Âge de la femme, moyenne \pm ET, années	37,9 \pm 11,0	37,9 \pm 11,8	0,8412
Âge du conjoint, moyenne \pm ET, années	41,2 \pm 11,8	40,1 \pm 12,9	0,2437
Situation familiale, n (%)			0,0002
En couple	62 (34,4)	67 (37,4)	
Mariée	92 (51,1)	108 (60,3)	
Séparée/divorcée	26 (14,4)	4 (2,2)	
Durée de la relation, moyenne \pm ET, années	11,8 \pm 9,6	14,4 \pm 11,0	0,0291
Vit avec le conjoint, n (%)	120 (67,4)	156 (86,7)	<0,0001
Naissance dans un pays étranger, n (%)	28 (15,6)	7 (3,9)	0,0002
Enfants, n (%)	143 (79,9)	121 (67,6)	0,0082
Enceinte actuellement, n (%)	8 (4,5)	7 (4,0)	0,8091
Études supérieures, n (%)	72 (40,9)	144 (80,0)	<0,0001
En activité professionnelle, n (%)	122 (68,9)	173 (97,2)	<0,0001
Conjoint en activité professionnelle, n (%)	138 (80,2)	168 (93,9)	<0,0001

WAST : *Woman Abuse Screening Tool* ; ET : écart-type.

Tableau 2

Distribution des réponses aux items du WAST et du score total

	Victimes (N=181)	Non-victimes (N=180)	p	Taille d'effet*
	n (%)	n (%)		
1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?				
Très tendue	96 (53,3)	1 (0,6)	<0,0001	0,87
Assez tendue	80 (44,4)	22 (12,4)		
Sans tension	4 (2,2)	155 (87,1)		
2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?				
Très difficilement	100 (55,9)	0	<0,0001	0,87
Assez difficilement	77 (43,0)	26 (14,4)		
Sans difficulté	2 (1,1)	154 (85,6)		
3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaisée ou que vous vous sentez dévalorisée ?				
Souvent	140 (77,8)	2 (1,1)	<0,0001	0,85
Parfois	38 (21,1)	50 (27,9)		
Jamais	2 (1,1)	127 (71,0)		
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	41 (22,9)	0	<0,0001	0,85
Parfois	111 (62,0)	2 (1,1)		
Jamais	27 (15,1)	177 (98,9)		
5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?				
Souvent	100 (56,2)	1 (0,6)	<0,0001	0,87
Parfois	73 (41,0)	20 (11,2)		
Jamais	5 (2,8)	158 (88,3)		
6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?				
Souvent	32 (18,1)	0	<0,0001	0,86
Parfois	123 (69,5)	4 (2,2)		
Jamais	22 (12,4)	176 (97,8)		
7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?				
Souvent	119 (66,9)	0	<0,0001	0,89
Parfois	49 (27,5)	12 (6,7)		
Jamais	10 (5,6)	167 (93,3)		
8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?				
Souvent	10 (5,6)	0	<0,0001	0,41
Parfois	43 (24,2)	1 (0,6)		
Jamais	125 (70,2)	179 (99,4)		
Score total du WAST, moyenne ±ET				
Minimum-maximum	0-16	0-10		
Médiane [intervalle interquartile]	11 [9-12]	0 [0-1]	<0,0001	4,23

* Taille d'effet : V de Cramer pour les items, d de Cohen pour le score total.
WAST : *Woman Abuse Screening Tool* ; ET : écart-type.

Une excellente discrimination entre les femmes victimes et non victimes a été montrée en utilisant le score total du WAST. L'aire sous la courbe ROC était de 0,99. Une valeur seuil de 5 a permis d'obtenir une sensibilité de 97,7%, une spécificité de 97,1%, une valeur prédictive positive de 97,2% et une valeur prédictive négative de 97,7%.

Le tableau 4 présente les cotations des femmes sur leur niveau d'aise en remplissant le WAST selon deux situations, contexte de l'étude ou consultation hypothétique avec leur médecin traitant. Le niveau

d'aise était globalement plus faible pour les femmes victimes par rapport aux non-victimes. Les deux groupes avaient des scores de niveau d'aise plus élevés dans le cadre du remplissage au cours de l'étude que lors d'une consultation.

Discussion

L'adaptation transculturelle du WAST a montré une bonne validité et une excellente capacité de discrimination entre les femmes victimes de violence conjugale et non victimes.

Tableau 3

Distribution des réponses aux items du WAST et du score total selon le mode de recrutement des femmes victimes de violence conjugale

	CDIFF (N=109)	Médecine légale (N=72)	p	Taille d'effet*
	n (%)	n (%)		
1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?				
Très tendue	53 (48,6)	43 (60,6)	0,1128	0,16
Assez tendue	52 (47,7)	28 (39,4)		
Sans tension	4 (3,7)	0		
2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?				
Très difficilement	52 (48,1)	48 (67,6)	0,0159	0,20
Assez difficilement	55 (29,9)	22 (31,0)		
Sans difficulté	1 (0,9)	1 (1,4)		
3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?				
Souvent	80 (73,4)	60 (84,5)	0,1642	0,14
Parfois	27 (24,8)	11 (15,5)		
Jamais	2 (1,8)	0		
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	20 (18,5)	21 (29,6)	0,2139	0,13
Parfois	70 (64,8)	41 (57,7)		
Jamais	18 (16,7)	9 (12,7)		
5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?				
Souvent	54 (50,5)	46 (64,8)	0,1300	0,14
Parfois	50 (46,7)	23 (32,4)		
Jamais	3 (2,8)	2 (2,8)		
6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?				
Souvent	18 (17,0)	14 (19,7)	0,8569	0,04
Parfois	74 (69,8)	49 (69,0)		
Jamais	14 (13,2)	8 (11,3)		
7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?				
Souvent	74 (69,2)	45 (63,4)	0,4411	0,10
Parfois	26 (24,3)	23 (32,4)		
Jamais	7 (6,5)	3 (4,2)		
8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?				
Souvent	7 (6,5)	3 (4,2)	0,5527	0,08
Parfois	28 (26,2)	15 (21,1)		
Jamais	72 (67,3)	53 (74,6)		
Score total du WAST, moyenne ±ET				
Minimum-maximum	0-16	4-16	0,1144	0,24
Médiane [intervalle interquartile]	10 [8-12]	11 [9-13]		

* Taille d'effet : V de Cramer pour les items, d de Cohen pour le score total.

CDIFF: Centres d'information sur le droit des femmes et des familles ; WAST : Woman Abuse Screening Tool ; ET : écart-type

L'acceptabilité du questionnaire a été très bonne avec plus de 95% de réponse dans les deux groupes pour chaque item. Ce taux d'acceptabilité élevé confirme que les femmes plébiscitent des approches garantissant la confidentialité et l'intimité tel que remplir un questionnaire seule et en privé¹⁷. Une valeur seuil du score total du WAST à 5 apparaît comme discriminante. Cela signifie qu'un score supérieur ou égal à 5 identifie une femme comme victime potentielle de violence conjugale. Pour cette valeur seuil,

la sensibilité et la spécificité sont supérieures à 95%. Pour une prévalence des violences conjugales estimée en France à 26% en population générale, les valeurs prédictives positives et négatives sont à près de 90%. Les études antérieures utilisant le WAST avec une valeur seuil de 4 ont rapporté une sensibilité comprise entre 41,9 et 87% et une spécificité comprise entre 89 et 96,8%^{14,15,18}.

Dans notre étude, la proportion de mères célibataires chez les femmes victimes est plus importante que celle

Tableau 4

Niveau d'aise des femmes pour compléter le questionnaire WAST au cours de l'étude ou au cours d'une consultation hypothétique avec un professionnel de santé (de 1 – Pas du tout à l'aise à 5 – Très à l'aise)

	Contexte de l'étude				Consultation hypothétique avec un professionnel de santé			
	Victimes	Non-victimes	p	Taille d'effet*	Victimes	Non-victimes	p	Taille d'effet*
	(N=181)	(N=180)			(N=181)	(N=180)		
Questionnaire WAST, moyenne ±ET	3,2±1,1	4,2±0,9	<0,0001	0,96	2,6±1,2	3,9±1,0	<0,0001	1,26
Items du WAST, moyenne ±ET								
1. Relation au sein du couple	3,2±1,2	4,4±0,9	<0,0001	1,19	2,7±1,1	4,1±1,0	<0,0001	1,41
2. Difficultés pour résoudre les disputes	3,0±1,3	4,3±0,9	<0,0001	1,19	2,5±1,2	4,1±1,0	<0,0001	1,42
3. Les disputes entraînent un sentiment de dévalorisation	2,8±1,4	4,2±1,0	<0,0001	1,19	2,4±1,2	4,0±1,0	<0,0001	1,46
4. Les disputes entraînent de la violence physique	2,8±1,3	4,6±0,8	<0,0001	1,65	2,4±1,2	4,2±1,0	<0,0001	1,63
5. Effrayée par le partenaire (actes ou mots)	2,8±1,3	4,5±0,9	<0,0001	1,50	2,5±1,2	4,2±1,0	<0,0001	1,52
6. Maltraitance physique	2,9±1,3	4,6±0,8	<0,0001	1,62	2,4±1,2	4,3±1,0	<0,0001	1,71
7. Abus psychologique	2,8±1,4	4,5±0,9	<0,0001	1,44	2,4±1,3	4,2±1,0	<0,0001	1,58
8. Abus sexuel	3,0±1,3	4,6±0,8	<0,0001	1,40	2,5±1,4	4,3±1,0	<0,0001	1,49

* Taille d'effet : d de Cohen.

WAST : *Woman Abuse Screening Tool* ; ET : écart-type.

retrouvée en population générale (31,4% *versus* 13,1%), avec une plus grande précarité sociale du fait d'un taux de chômage élevé (31,1% *versus* 7,8%). Le niveau d'études est semblable à celui des femmes en population française dans cette classe d'âge. Les données dans la littérature sont contradictoires concernant l'association entre le statut socioéconomique et les violences conjugales^{1,14,19}. Le mode de recrutement des femmes victimes dans notre étude peut expliquer ces différences, deux-tiers de ces femmes ayant été incluses dans les CIDFF dont la principale mission est l'accès aux droits ainsi qu'à l'emploi et à la formation professionnelle. En revanche, les réponses au WAST ne sont pas influencées par le mode de recrutement.

Les femmes victimes semblent moins à l'aise pour remplir le questionnaire WAST que les non-victimes. Pour les femmes victimes, la crainte des représailles de la part du conjoint violent peut expliquer les difficultés à révéler les violences³. Pour les femmes non-victimes, il peut leur être plus facile de compléter ce questionnaire car elles ne sont pas exposées à cette situation de violence et n'ont pas d'appréhension quant à leur sécurité. Le niveau de malaise des femmes victimes était plus élevé en cas de consultation avec un professionnel de santé, ce qui a déjà été rapporté dans la littérature^{14,20,21}. Ceci montre les difficultés des professionnels à effectuer le dépistage des violences conjugales, en particulier en milieu libéral. Un climat de confiance et de respect doit être instauré par les professionnels de santé afin d'aborder ce sujet, car ils apparaissent souvent comme le premier recours pour ces femmes²²⁻²⁴. La formation des professionnels, avec l'utilisation d'outils de dépistage valides et simples, semble être un levier permettant la prise

en charge des victimes²³. De plus, il a été rapporté des difficultés organisationnelles au sein des structures de soins ne permettant pas un accueil des victimes garantissant la confidentialité et une mise en sécurité immédiate²⁵. Une volonté institutionnelle avec des protocoles et des locaux adaptés pourrait permettre une amélioration du dépistage, et ce d'autant plus qu'il a déjà été démontré que le dépistage des violences conjugales par le biais de questionnaires n'engendrait pas de vécu traumatisant pour les patientes qui les complètent²⁶.

Notre étude présente plusieurs limites. Nous n'avons pas pu estimer le taux de participation des femmes à cette étude ni comparer les répondantes aux non-répondantes. Nous n'avons pas étudié le niveau d'aise des professionnels pour utiliser le WAST en pratique courante. Les performances diagnostiques du WAST ont été calculées sur un échantillon sélectionné afin d'éviter une contamination et ont pu être surestimées par rapport à une évaluation en population générale. De plus, parmi les femmes non victimes, le recrutement a été effectué parmi les personnes proches des investigateurs : un biais de déclaration peut exister, les proches voulant donner la bonne réponse ou ne révélant pas la survenue de violences conjugales. Cependant la proportion de personnes proches dans ce groupe était relativement faible, la grande majorité ayant été recrutée parmi les étudiants.

Le dépistage des femmes victimes de violence n'est qu'une première étape et ne peut être efficace que s'il est accompagné de mesures d'aide (ou de soutien) adaptées aux femmes victimes de violence^{4,11}. L'évaluation des connaissances et

des capacités de prise en charge des victimes par les professionnels de santé doit être effectuée pour permettre la mise en place de formations adaptées. Celles-ci doivent se faire avec deux objectifs. Le premier est de s'approprier des outils de dépistage tels que le WAST afin d'identifier les victimes le plus précocement possible. Le second est de maîtriser les procédures de référence d'orientation de ces femmes en fonction de leur situation vers des structures appropriées, ceci afin de les soustraire à la violence ou de diminuer les actes violents et d'améliorer, ainsi, leur qualité de vie^{11,13}.

Conclusion

Le questionnaire WAST en français est un outil valide et rapide d'utilisation à destination de tous les professionnels de santé. Il permet d'identifier facilement les femmes susceptibles d'être victimes de violence conjugale. Son utilisation en pratique courante doit permettre un dépistage précoce et une mise en place d'un parcours de soins spécifique afin d'optimiser la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale. Il doit être intégré de manière systématique dans l'interrogatoire, notamment dans les services susceptibles d'accueillir des victimes telles que les urgences ou les services de chirurgie ou au cours de consultations dédiées telles que l'entretien prénatal précoce. ■

Remerciements

Nous remercions le Service de médecine légale et les CIDFF d'avoir participé à l'étude.

Cette étude a été financée par le Conseil régional d'Auvergne.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article

Références

[1] Violence against women: An EU-wide survey. Main results. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights; 2015. 200 p. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf

[2] Ministère de l'Intérieur. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Paris : ministère de l'Intérieur; 2018. 30 p. <https://www.interieur.gouv.fr/fr/Actualites/Communiqués/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple>

[3] Hegarty KL, O'Doherty LJ, Chondros P, Valpied J, Taft AJ, Astbury J, *et al.* Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: Findings from a primary care trial of women afraid of their partners. *J Interpers Violence.* 2013;28(2):273-94.

[4] World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013. 68 p. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf

[5] Feltner C, Wallace I, Berkman N, Kistler C, Middleton JC, Barclay C, *et al.* Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: An evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. Report No.: 18-05240-EF-1.

[6] Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandations pour la pratique clinique. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

[7] 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. *Public Health.* 2001;115(2):89-95.

[8] 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.* 2012; 12:473.

[9] Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *JAMA.* 1999; 282(5):468-74.

[10] Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health.* 2007;7:12.

[11] Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 4:CD007007.

[12] Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, *et al.* Domestic violence: Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract.* 2012; 62(602):e647-55.

[13] Clôture du Grenelle contre les violences conjugales. Dossier de presse. 2019; 16 p. <https://www.gouvernement.fr/partage/11289-cloture-du-grenelle-contre-les-violences-conjugales>

[14] 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.* 2000;49(10):896-903.

[15] Wathen CN, Jamieson E, MacMillan HL. Who is identified by screening for intimate partner violence? *Womens Health Issues.* 2008;18(16):423-32.

[16] Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;25(24):3186-91.

[17] Hussain N, Sprague S, Madden K, Hussain FN, Pindiprolu B, Bhandari M. A comparison of the types of screening tool administration methods used for the detection of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2015;16(1):60-9.

[18] Iskandar L, Braun KL, Katz AR. Testing the woman abuse screening tool to identify intimate partner violence in Indonesia. *J Interpers Violence.* 2015;30(7):1208-25.

[19] Dias NG, Costa D, Soares J, Hatzidimitriadou E, Ioannidi-Kapolou E, Lindert J, *et al.* Social support and the intimate partner violence victimization among adults from six European countries. *Fam Pract.* 2019;36(9314):117-24.

[20] Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *J Am Board Fam Pract.* 2002;15(2):101-11.

[21] 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.* 2001;47:988-95.

[22] Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: Expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med.* 2006; 166(1):22-37.

[23] 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*. 2011;378(90805):1788-95.

[24] Mørk T, Andersen PT, Taket A. Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: A qualitative study. *BMC Womens Health*. 2014;14:74.

[25] Williams JR, Halstead V, Salani D, Koermer N. Intimate partner violence screening and response: Policies and procedures across health care facilities. *Womens Health Issues*. 2016; 26(4):377-83.

[26] MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, *et al*; McMaster Violence Against Women Research Group. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: A randomized trial. *JAMA*. 2006;296(5):530-6.

Citer cet article

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*. 2021;(2):32-40. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/2/2021_2_2.html