



HAL
open science

Repérage des violences conjugales faites aux femmes : état des lieux des pratiques des médecins dans les services d'accueil des urgences adultes en Aquitaine

Alizé Lucine

► **To cite this version:**

Alizé Lucine. Repérage des violences conjugales faites aux femmes : état des lieux des pratiques des médecins dans les services d'accueil des urgences adultes en Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02491763

HAL Id: dumas-02491763

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02491763>

Submitted on 26 Feb 2020

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

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

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse n° 166

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par LUCINE Alizé

Née le 4 octobre 1991 à Arès (33)

Le jeudi 31 octobre 2019

Repérage des violences conjugales faites aux femmes : état des lieux des pratiques des médecins dans les services d'accueil des urgences adultes en Aquitaine

Sous la direction de Monsieur le Docteur Bertrand LHEZ

Membres du jury :

Madame la Professeure CHÊNE Genevieve
Monsieur le Professeur REVEL Philippe
Monsieur le Professeur MAGOT Laurent
Madame la Docteur LEVÊQUE Camille
Monsieur le Docteur LHEZ Bertrand

Présidente
Rapporteur et examinateur
Examineur
Examineur
Directeur et examinateur

"Il y a une vérité universelle, applicable à tous les pays, cultures et communautés : la violence à l'égard des femmes n'est jamais acceptable, jamais excusable, jamais tolérable. »

Ban Ki-moon, 8^{eme} secrétaire général des Nations Unies (2008)

TABLE DES MATIERES

<u>Remerciements</u>	5-6
<u>Abréviations</u>	7
<u>Introduction générale</u>	8-9
I. <u>Les violences au sein du couple</u>	
1. Définition des violences conjugales.....	10
2. Les différentes formes de violences conjugales.....	11-12
3. Le cycle de la violence.....	13-14
4. Epidémiologie en France.....	15
5. Conséquences sur la santé des femmes victimes de violences conjugales et de leur entourage.....	16-18
6. Le cadre législatif.....	19-21
7. Un enjeu de santé publique.....	22-23
8. Les référents violences faites aux femmes.....	24
9. Formation des médecins et des internes	25
10. Le repérage des violences conjugales	26-27
II. <u>Matériel et méthodes</u>	
1. Type d'étude.....	28
2. Population.....	28
3. Elaboration du questionnaire.....	29
4. Analyse statistique	29
III. <u>Résultats</u>	
1. Caractéristiques de la population soumise au questionnaire.....	30
2. Repérage des violences conjugales faites aux femmes dans un SAU : état des lieux.....	31-37
3. Prise en charge des femmes victimes de violence conjugales par le médecin urgentiste / l'interne : comment ?.....	38-42

4. Formation des médecins	43-45
---------------------------------	-------

IV. Discussion

1. Population étudiée : limites et points forts	
A. Population.....	46-47
B. Biais lié au type de questionnaire.....	47
C. Biais de sélection.....	48-49
D. Biais de classement.....	49
E. Validité externe.....	49
2. Etat des lieux des pratiques concernant le repérage des violences conjugales faites aux femmes aux urgences.....	49-50
3. Repérage des violences conjugales faites aux femmes	51-52
4. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales et travail en réseau.....	53-55
5. Amélioration de la formation et des pratiques des médecins urgentistes et des internes	56-57
6. Perspectives.....	58

V. <u>Conclusion</u>	59
----------------------------	----

VI. <u>Bibliographie</u>	60-64
--------------------------------	-------

VII. Annexes

1. Annexe 1 : Note explicative du certificat médical.....	65-67
2. Annexe 2 : Violences au sein du couple : les principales infractions et les peines encourues	68
3. Annexe 3 : questionnaire envoyé aux médecins et internes	69-74

VIII. <u>Résumé</u>	75
---------------------------	----

IX. <u>Serment d'Hippocrate</u>	76
---------------------------------------	----

Remerciements

Aux membres du jury :

**A la présidente de mon jury, Madame la Professeure Geneviève CHENE,
Professeure des Universités, Université de Bordeaux
Praticien hospitalier, CHU de Bordeaux :**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

**A mon juge, Monsieur le Professeur Laurent MAGOT,
Professeur associé, médecin généraliste à Lons,
Département de médecine générale, Université de Bordeaux :**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de mon jury et vous m'avez accompagnée quasiment tout au long de mon internat de médecine générale.

Je vous remercie pour votre écoute, vos conseils et votre disponibilité. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

**A mon juge, Monsieur le Professeur Philippe REVEL,
Professeur attaché des Universités, Praticien Hospitalier, Université de Bordeaux
Service Urgences-Adultes/SAMU-SMUR Hôpital Pellegrin , CHU Bordeaux :**

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner et de juger mon travail de thèse en tant que rapporteur, que jury, mais aussi de votre aide et de vos conseils dans le cadre du DESC de médecine d'urgence. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de ma sincère reconnaissance.

**A mon juge, Madame le Docteur Camille LEVÊQUE,
Chef de clinique à l'université de Bordeaux, médecin généraliste à Port Sainte Marie :**

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et d'évaluer mon travail, veuillez agréer l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A mon juge et directeur de thèse, Monsieur le docteur Bertrand LHEZ,

Praticien hospitalier, médecin légiste et médecin urgentiste, à Dax :

Je te remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, de m'avoir aidé et épaulé durant tout ce travail, et particulièrement dans les moments de doutes. Tu m'as vu grandir et évoluer, tout au long de mon internat, et bientôt en tant que collègue.

A mes maitres de stage :

Les Dr PAPON, Dr BROCHARD, Dr LASSALLE, Dr LAGEYRE, Dr FABRE, Dr MANSIR, Dr BOHEC, Dr LAMOULIATTE, Dr MAYET, ainsi que tous les médecins que j'ai pu croisé durant mon internat.

Vous avez su me donner les clefs afin d'améliorer mes connaissances dans différents domaines de la médecine, que ce soit en gériatrie, en médecine générale, en pédiatrie, en gynécologie obstétrique, aux urgences ou en réanimation. Merci pour votre patience, votre pédagogie et votre disponibilité.

A mes amis et à ma famille :

À mes parents, sans qui je ne serai pas là où j'en suis aujourd'hui, j'en suis certaine. Votre soutien, votre patience, votre amour, votre présence, depuis toujours, dans les bons comme dans les mauvais moments.

À mes petits frères, « Baisse la musique », « parle moins fort », « ne faites pas trop de bruit, je travaille » ... Merci de m'avoir supporté pendant ces longues études, et particulièrement la première année. Vous pouvez être fiers de ce que vous êtes devenus, je continuerai à vous soutenir quoiqu'il arrive.

À mes oncles, mes tantes, mes cousins, mes cousines, merci pour votre patience, votre soutien et d'avoir été là dans les moments les plus heureux comme les plus difficiles. Une famille unie, dont je suis fière.

À mes proches qui ne sont plus parmi nous mais qui m'ont chacun aidé à leur manière, à être celle que je suis aujourd'hui.

À mes amis, rencontrés au lycée puis à la faculté de médecine. Votre soutien pendant ces longues années d'étude, même si nous avons pris des chemins différents, c'est avec plaisir que je partage chaque moments importants de vos vies.

A Yon, un jour on rencontre une personne sans même le vouloir, et elle devient notre plus belle histoire. Tout a un sens et rien n'arrive par hasard.

Abréviations

VC : violences conjugales

SAU : service d'accueil des urgences adultes

OMS : organisation mondiale de la santé

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

ITT : incapacité totale de travail

UMJ : unité médical judiciaire

ECN : examen classant national

DES : diplôme d'études spécialisées

DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires

Introduction générale

Depuis le début de l'année 2019, 93 femmes sont mortes sous les coups de leur partenaire ou ex-partenaire. En moyenne, une femme y succombe tous les 2,8 jours.

En 3ème semestre, lors d'une garde aux urgences, au moment de partir après 8 heures d'attente, une patiente me confie être victime de violences conjugales (VC) de la part de son mari depuis plus de 20 ans.

C'est à partir de ce cas, que j'ai décidé, avec l'aide de mon directeur de thèse, de réaliser cette recherche sur les VC. J'ai compris l'ampleur de ce problème de santé publique à travers la détresse de cette femme venue finalement pour se confier, demander de l'aide, et ma difficulté à repérer et prendre en charge cette patiente.

Malgré une législation renforcée et la multiplication des campagnes de prévention, la violence subie par les femmes reste un fléau en France. Les VC sont donc un sujet d'actualités. En effet, on constate une augmentation du nombre de femmes victimes de VC depuis quelques années, grâce à un meilleur repérage, à la libération de la parole très certainement mais aussi sûrement à cause d'une véritable augmentation de leur nombre.

Il existe différents types de VC (physique, sexuelle, verbale, psychologique, économique...). Les conséquences sont multiples, tant pour les femmes victimes de ces violences, que pour leurs enfants, et également au niveau socio économique. Depuis 2004, les différents gouvernements ont développé 5 plans interministériels de lutte contre toutes les violences faites aux femmes. Malgré ces différents plans d'actions gouvernementaux, le nombre de violences déclarées ne diminue pas. Les médecins sont parmi les premiers interlocuteurs des victimes devant les forces de l'ordre et les associations. Ils sont confrontés à de nombreuses difficultés concernant le repérage, la prise en charge et le travail en réseau auprès des différents partenaires sociaux.

L'objectif principal de cette thèse est donc de déterminer la proportion de médecins urgentistes et d'internes en médecine générale ou inscrits au DES/DESC de médecin d'urgence, ayant déjà réalisé un repérage des VC dans un service d'accueil des urgences adultes (SAU).

La première partie visera à établir le contexte épidémiologique, légal et médical des VC. La deuxième partie reviendra sur la méthodologie de l'étude, et les résultats. Enfin la dernière partie sera consacrée à la discussion de ces résultats et aux perspectives qu'ils ouvrent.

I. Les violences au sein du couple

1. Définition des violences conjugales

Les Nations Unies définissent la violence à l'égard des femmes de la façon suivante *«tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée»*. La violence à l'encontre des femmes, qu'elle soit le fait d'un partenaire intime ou de nature sexuelle, est un grand problème de santé publique et une violation majeure des droits de la femme [1].

Selon le rapport mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2013, un tiers de femmes ayant eu une relation de couple a subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de son partenaire intime. Dans 90 à 95% des cas, les VC sont le fait de l'homme.

La convention européenne d'Istanbul de 2011, ratifiée en France en 2014, écrit que le terme « violence à l'égard des femmes » doit être compris comme une violation des droits de l'Homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes. Il désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée. [2]

Les violences diffèrent des disputes ou conflits conjugaux, dans lesquels deux points de vue s'opposent dans un rapport d'égalité. Chacun garde son autonomie. Dans les violences, il s'agit d'un rapport de domination et de prise de pouvoir de l'agresseur sur la victime. C'est un processus évolutif, d'emprise car en effet, par ses propos et son comportement, l'agresseur veut contrôler, détruire la personnalité du partenaire.

Les VC sont celles qui s'exercent à l'encontre d'un conjoint ou concubin, que le couple soit marié, lié par un PACS (pacte civil de solidarité), en simple concubinage ou même séparé.

2. Les différentes formes de violences conjugales

Les violences **verbales** et **psychologiques** sont souvent les premières à s'installer. Elles sont définies par des comportements et des propos répétés visant à dévaloriser, humilier, mépriser, intimider, menacer, harceler, isoler ou contrôler le partenaire. Cette maltraitance est très subtile et ses limites sont imprécises. Les violences verbales s'expriment à travers des mots et la façon de les dire. Ce sont la durée, la répétition et l'asymétrie des comportements dans la relation qui font la violence psychologique. Elle constitue un processus destructeur pour l'estime que la femme a d'elle-même.

Les violences **physiques** regroupent toutes les agressions physiques imaginables, de la simple bousculade à l'homicide en passant par les coups, les brûlures, etc... Il peut également s'agir de séquestration. Ce sont les violences les plus visibles, celles susceptibles de laisser des traces amenant à suspecter et diagnostiquer ces violences. Elles sont rarement isolées, et s'associent souvent aux autres types de violence.

Les violences **sexuelles** rassemblent non seulement les sévices, le harcèlement et l'exploitation sexuels, mais également les relations sexuelles non désirées par la conjointe. Il peut s'agir de pratiques sexuelles imposées ou de relations sexuelles sous contrainte, appelées viol conjugal (reconnu par la loi française).

Les violences **économiques** s'exercent différemment selon la situation professionnelle du couple (quel conjoint a un emploi et qui a le revenu le plus élevé). Le conjoint peut contrôler les comptes bancaires et les moyens de paiement, refuser de donner de l'argent, jusqu'à s'approprier toutes les ressources, créant ainsi une dépendance matérielle. Ces violences peuvent également toucher le côté administratif avec une privation des papiers d'identité.

Il existe également les **cyberviolences conjugales**, qui sont un phénomène méconnu mais très courant. Elles ne sont pas très faciles à identifier et diverses. Parmi elles, on peut retrouver le cybercontrôle qui consiste pour un conjoint ou ex-conjoint violent à surveiller l'activité de sa compagne ou ex-compagne (conversations, déplacements, dépenses...), souvent à son insu.

Il y a également le cyberharcèlement, avec l'utilisation des appels, des SMS ou autres communications via les réseaux sociaux avec la volonté de faire du mal et qui, par leur fréquence, visent à envahir à distance le quotidien de sa partenaire (ou ex).

Enfin on retrouve, la cybersurveillance qui est un ensemble d'agissements qui visent à assurer un contrôle continu des déplacements, agissements et relations sociales de sa partenaire (ou ex) au moyen d'outils numériques.

Quelques soient les formes de violence utilisées, on note une escalade de la violence au cours du temps, allant de paire avec la dangerosité de l'agresseur. Il existe 2 moments de risque d'apparition ou d'aggravation des violences au sein du couple : la grossesse et la rupture conjugale, ainsi que les premiers temps de séparation.

3. Le cycle de la violence

Élaboré en 1979 par la psychologue américaine Lenore Walker, le cycle de la violence représente les VC comme une succession répétitive de quatre phases (figure 1) [3]. Cela explique le mécanisme visant à comprendre l'emprise et donc la difficulté des victimes à quitter l'auteur des faits.

Phase 1 : « Le climat de tension »

L'agresseur n'exprime pas directement la violence ; il s'agit de menaces et d'épisodes de colère qui augmentent progressivement. La victime est inquiète, cela engendre un sentiment de peur et de repli sur soi ; elle essaie d'améliorer le climat en satisfaisant le conjoint.

Phase 2 : « Explosion de la violence »

L'agresseur laisse la violence exploser sous toutes ses formes pour appuyer sa domination, ce qui le soulage. La victime est triste et humiliée ; elle se sent impuissante.

C'est à ce moment que la victime peut demander des soins, et sera la plus réceptive aux propositions d'aide et de soutien de la part des professionnels, afin d'entreprendre des démarches. Elles peuvent consulter des associations, un médecin en ambulatoire, les forces de l'ordre mais peuvent également se présenter dans un SAU. Il est donc primordial de former les équipes qui vont les accueillir afin qu'elles puissent les repérer et les prendre en charge de manière optimale.

Phase 3 : « Justifications »

L'agresseur justifie son comportement et minimise les faits ; il exprime un sentiment de remords, de honte, et peut faire du chantage. La victime essaie de comprendre la situation ; elle doute de ses propres perceptions et se sent responsable de la situation. Elle éprouve un sentiment de culpabilité intense.

Phase 4 : « La lune de miel »

L'agresseur demande pardon et parle de thérapie ; il ressent la peur de l'abandon. La victime apporte son aide ; elle constate les efforts et fait elle-même des "efforts". Un sentiment d'espoir renaît.

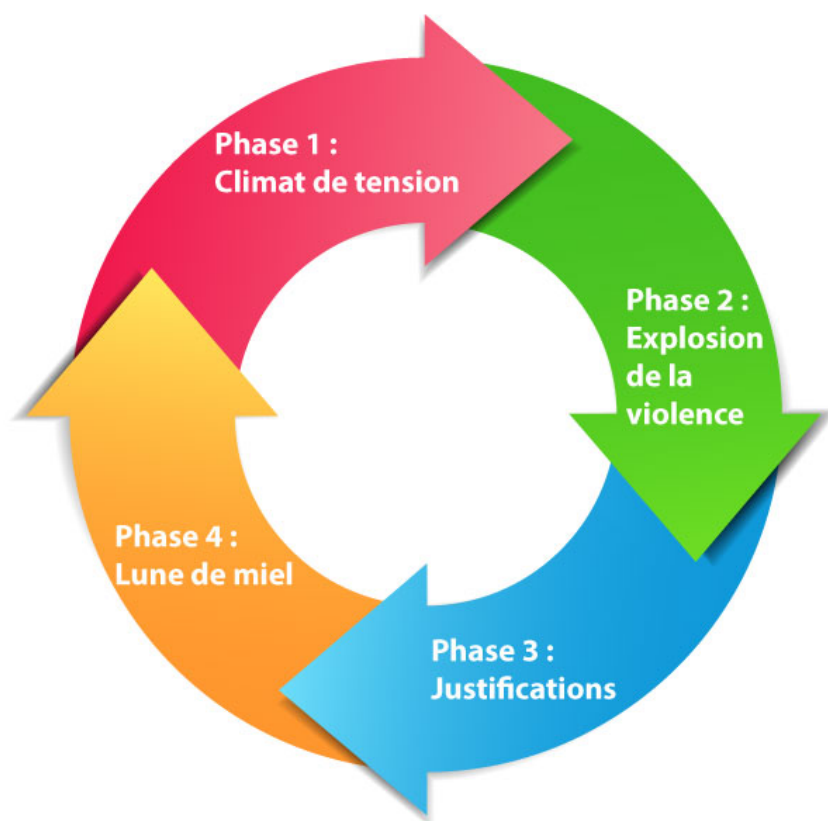


Figure 1 : le cycle des violences conjugales

De façon insidieuse, ces quatre phases vont se répéter de plus en plus fréquemment, rythmées par des actes de plus en plus violents, c'est l'escalade de la violence. Avec le temps, les deux dernières phases de « *justification* » et de « *lune de miel* » ont tendance à disparaître. Le cycle alterne alors des phases de « *climat de tension* » et de « *crise* ».

4. Epidémiologie en France

En France, il a fallu attendre l'année 2000 pour que soit réalisée la première enquête nationale : l'*Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (Enveff)* [4]. 9% des femmes en couple et 9,5% de la totalité des femmes interrogées ont déclaré avoir subi des VC au cours des douze derniers mois.

En 2013, afin d'obtenir davantage de statistiques sur ce sujet et d'actions de sensibilisation, la *Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF)* a été créée lors du Comité interministériel aux droits des femmes le 30 novembre 2012. Elle a fait l'objet d'un décret présenté au Conseil des ministres le 3 janvier 2013, amendé par le décret du 11 août 2016.

La MIPROF a publié en novembre 2018 dans la lettre de l'observation national des violences faites aux femmes, les indicateurs annuels de 2017. En France en 2017, 130 femmes ont été tuées par leur (ex)partenaire « officiel » ou « non officiel », soit une femme tous les 2,8 jours [5]. Sur les 109 femmes tuées par leur partenaire officiel, près de la moitié (51) a été victime de violences antérieures. Chaque année en France, en moyenne, 219 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint, soit 1% des femmes de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine. Statistiquement, 1 femme sur 10 sera victime de VC dans sa vie. 3 sur 4 déclarent avoir subi des faits répétés et 8 sur 10 déclarent avoir été également soumises à des atteintes psychologiques et/ou des agressions verbales.

Moins d'1 victime sur 5 déclare avoir porté plainte mais plus de la moitié des victimes ont fait des démarches auprès d'un(e) professionnel(le) ou d'une association. Parmi les femmes déclarant avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint, 30% ont consulté un psychiatre ou un psychologue, 27% ont vu un médecin, 21 % ont parlé de leur situation aux services sociaux. Les victimes se tournent donc fréquemment vers les professionnels de santé qui ont un rôle important à jouer tant en matière de repérage que de prise en charge des femmes victimes de violence au sein de leur couple.

5. Conséquences sur la santé des femmes victimes de violences conjugales et de leur entourage

Les violences subies par les femmes sont reconnues comme l'un des déterminants majeurs influant sur leur santé. Selon l'OMS, les femmes victimes de VC perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et la prise en charge ambulatoire d'une femme victime de VC coûte deux fois et demi plus cher à la société que celle des autres femmes. Les conséquences de la violence au sein du couple sont multiples tant dans le domaine de la santé, qu'en terme de coût socio-économique.

- Les conséquences psychologiques

La violence a un pouvoir de sidération qui désactive les fonctions supérieures de la victime, l'expose à un stress dépassé entraînant le déclenchement de mécanismes neurobiologiques de survie pour échapper à un risque vital [6]. Ces mécanismes s'apparentent à une disjonction des circuits émotionnels et de la mémoire, avec la mise en place d'une dissociation traumatique et d'une mémoire traumatique. La victime doit alors composer avec cet état de dissociation traumatique qui l'anesthésie émotionnellement et une mémoire traumatique qui lui fait revivre de façon incontrôlée les violences à l'identique, comme une machine à remonter le temps.

Ces troubles vont générer chez la victime un état de désorganisation psychique, de dépersonnalisation, de doute et de confusion qui annihile sa volonté. Cela permet au conjoint violent de mettre en place une emprise, de la manipuler, et de lui imposer un rôle dans sa mise en scène. Cette emprise, véritable colonisation des processus psychiques et émotionnels par des violences répétées le plus souvent sur de nombreuses années, est un formidable outil de soumission.

La victime tombe à ce moment dans ce que le psychanalyste Roger Dorey a qualifié en 1981 « d'emprise ». La victime est considérée comme « un objet maîtrisé et maîtrisable » par son agresseur qui se l'approprie, la domine et la marque de son empreinte psychologiquement et/ou physiquement [7]. Les femmes victimes de VC sont angoissées, isolées, confuses et deviennent de moins en moins capables de prendre une décision. Elles peuvent souffrir d'états d'anxiété, d'états de panique, d'un état de stress post traumatique. Elles reçoivent cinq fois plus fréquemment des traitements psychotropes par rapport au reste de la population.

Les impacts psychologiques ne se voient pas comme les lésions traumatiques, mais sont tout aussi blessants. On retrouve chez les femmes victimes de VC, des troubles du sommeil, de l'alimentation, des troubles cognitifs (difficultés de concentration et d'attention), des états d'anxiété, de panique, de la dépression et même des tentatives de suicide qui sont plus fréquentes.

Le syndrome de stress post traumatique lui est commun à toutes les personnes victimes d'un évènement traumatisant qu'elles revivent sous formes de réminiscences involontaires. La moitié des femmes violentées en sont atteintes, et il est complexe du fait de la répétition des violences.

Les victimes de VC ont un risque important de développer des troubles psychotraumatiques chroniques. Plus elles sont dépistées tôt, plus leur prise en charge et leur traitement sont efficaces et il y a moins de risques que la victime développe une mémoire traumatique et des troubles psychotraumatiques.

- Les conséquences physiques

Les lésions traumatiques sont la conséquence de la violence physique : contusions, plaies, fractures, hématomes sont les lésions les plus fréquentes. Elles sont de localisations variées, d'âges différents, et sont visibles sur les parties du corps cachées ou le visage et les extrémités, plus facilement atteignable. Elle sont notamment responsables de séquelles et d'impotence fonctionnelle plus ou moins importantes : fatigue intense, douleurs musculaires, séquelles sensorielles, impotences fonctionnelles, etc ... Les VC sont une des causes principales de mortalité des femmes. Il faut rappeler qu'une femme meurt tous les 2,8 jours en France du fait des VC.

Les pathologies chroniques sont aggravées ou déséquilibrées, pour plusieurs raisons. La difficulté de suivre un traitement, de se rendre aux rendez-vous chez un médecin, tout cela à cause de leur état psychologique ou physique. Cela concerne les affections d'origine pulmonaires (asthme, BPCO), cardiaques (HTA, insuffisance cardiaque), métaboliques (diabète, dysthyroïdie), rhumatologiques, gynécologiques ...

Les violences sexuelles elles-mêmes ou l'impact des autres formes de violences sur l'image que la femme a de son propre corps, entraînent divers troubles gynécologiques : lésions traumatiques périnéales, infections génitales et urinaires à répétition, infections sexuellement transmissibles

(IST), douleurs pelviennes chroniques inexplicables, troubles de la sexualité, troubles des règles, IVG.

La grossesse est un moment de vulnérabilité physique et psychologique de la femme, et elle constitue un facteur déclenchant ou aggravant des VC. En effet, la grossesse annonce une crise car elle constitue un changement d'état dans la relation de couple : les exigences et les besoins tant au niveau physique, émotionnel que sociaux et économiques, évoluent. Les VC subies pendant la grossesse augmentent le risque de prématurité, d'un faible poids à la naissance, de retard de croissance intra-utérin, et même de mort foetale in-utéro. Les VC ont aussi un retentissement sur la qualité du lien mère-enfant. 40% des violences commencent pendant la grossesse, elle constitue un des deux moments importants dans les VC, avec la séparation.

- Les conséquences pour les enfants exposés aux VC

Les enfants qui vivent dans un contexte de VC ne sont jamais épargnés, qu'ils soient témoins ou victimes de violences causées par le même agresseur que leur mère [41] [42]. En 2017, 25 enfants mineurs ont été tués par l'un de leur parents dans un contexte de violences au sein du couple [5].

Les parents concernés par la violence au sein du couple peuvent manquer de disponibilité et de ressources pour répondre aux besoins de leurs enfants. Cela ne veut pas dire qu'ils ne sont plus capables de les aimer et de s'occuper d'eux, c'est la violence au sein du couple qui conduit à cette situation. Il peut y avoir des conséquences sur le plan psychologique avec des troubles du sommeil, de l'alimentation, de la dépression, de l'anxiété, de l'angoisse. Mais aussi des conséquences sur le plan psychosomatiques avec un retard staturopondéral, une énurésie, une oncoprésie.

Un enfant exposé serait plus à risque de reproduire lui-même des actes violents ultérieurement. Plus il est jeune, plus les conséquences sont importantes, faute de mécanismes de défense et de sécurité affectifs matures. Cependant, aucune étude n'a encore étudié les effets des VC sur les enfants.

6. Le cadre législatif

Les VC sont plus gravement punies par la loi, quelque soit le type de violence, car en effet, le fait qu'elle se produise entre conjoints en constitue une circonstance aggravante (article du code pénal 222-13). Elles sont considérées comme un délit, quelle que soit l'incapacité totale de travail pénale (ITT), ou un crime en cas d'homicide, de viol, d'actes de torture ou de barbarie.

Les violences sexuelles faites aux femmes n'ont bénéficié d'une reconnaissance qu'à partir de 1980 avec l'adoption de l'article 222-23 du code pénal pénalisant le viol comme un crime, et en apportant une définition précise mais cette loi ne reconnaissait pas le viol au sein du couple. Les violences sexuelles au sein du couple n'ont, quant à elles, bénéficié d'une loi transparente qu'avec la loi 2006-399 venant compléter la loi de 1992 avec l'article 11 reconnaissant enfin le viol au sein du couple et les violences sexuelles [8]. La Loi n° 92.683 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du Code Pénal mentionne expressément que la qualité de conjoint de la victime constitue une circonstance aggravante de l'infraction commise.

C'est dans les années 2000 que la législation concernant les VC va le plus évoluer avec notamment l'article 22 de la loi du 26 mai 2004, relative au divorce, qui prévoit l'éloignement du conjoint violent avant même l'ouverture d'une procédure de divorce, et l'obtention de la résidence séparée [9].

La loi du 12 décembre 2005 (article 35), relative au traitement de la récidive, facilite sur le plan pénal, l'éloignement de l'auteur des violences (conjoint ou concubin) du domicile de la victime à tous les stades de la procédure devant les juridictions répressives, tout en prévoyant, si nécessaire, la possibilité d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique. [10]

La loi du 4 avril 2006 renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs et accroît la répression des violences faites aux femmes, notamment en élargissant le champ d'application de la circonstance aggravante à de nouveaux auteurs (pacsés et « ex») et à de nouvelles infractions (meurtres, viols, agressions sexuelles). [8]

Une nouvelle étape est franchie dans la lutte contre les violences faites aux femmes avec la loi du 9 juillet 2010, relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein du couple et aux incidences de ces dernières sur les enfants. La prévention des violences est possible

avec un dispositif novateur, l'ordonnance de protection des victimes, qui permet de s'appuyer sur de nouveaux moyens technologiques pour renforcer la protection des femmes victimes [11].

La loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes a amélioré notablement la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes, notamment en renforçant les sanctions et les poursuites, ainsi que l'accompagnement des victimes en les protégeant sur le long terme.

La loi a amélioré le dispositif de l'ordonnance de protection pour les victimes de violences au sein du couple ou de mariages forcés (durée portée de 4 à 6 mois, priorité donnée au maintien de la victime dans le logement du couple y compris pour les couples non mariés...). Les enfants sont également mieux protégés : le champ d'application de l'ordonnance de protection est étendue aux faits de violences commis sur les enfants au sein de la famille, les juridictions pénales condamnant un père ou une mère pour un délit d'atteinte volontaire à l'intégrité physique ou psychique de la personne commis sur la personne de leur enfant ou de l'autre parent seront tenus de se prononcer sur le retrait total ou partiel de l'autorité parentale.

Le recours à la médiation pénale est strictement limité et ne sera possible en cas de VC qu'à la demande expresse de la victime. En cas de réitération des faits, elle sera interdite. L'éviction du conjoint violent du domicile est désormais la règle. La loi fixe en outre le cadre juridique du déploiement du téléphone d'alerte grave danger au profit des victimes de violences au sein du couple ou de viol.

Afin de renforcer la lutte contre la récidive, la loi crée un stage de responsabilisation des auteurs de violences au sein du couple. Elle fixe l'obligation d'intégrer dans la formation initiale et contenu de certains professionnels, des modules sur les violences intrafamiliales et faites aux femmes.

La loi du 17 août 2015 a transposé la directive européenne « Victimes » n°2012/29/UE du 25 octobre 2012 en introduisant un article dans le code de procédure pénale sur l'évaluation personnalisée des victimes afin de déterminer si elles ont besoin de mesures spécifiques de protection au cours de la procédure pénale. Le décret du 26 février 2016 relatif aux droits des victimes a fixé les modalités d'application de cette évaluation personnalisée. Les femmes victimes de violences sexuelles et intra familiales, qui présentent une exposition particulière à des risques de

représailles ou d'intimidation de la part de l'auteur des faits, ainsi qu'à des risques de victimisation secondaire, sont particulièrement concernées par ces dispositions.

7. Un enjeu de santé publique

Une étude menée en 2010 par M. Nectoux et al. [12] vise à évaluer le coût total des VC en 2005-2006 en France. Cette étude retrouve un coût global de 2472 milliards d'Euros par an en France. Ce coût est composé de la manière suivante :

- Coût du système de soins : 483 millions d'euros, soit 20% du coût global,
- Coût du système judiciaire : 235 millions d'euros,
- Coût des conséquences sociales directes : 120 millions d'euros, soit un peu moins de 5% du coût global,
- Coût de la perte de production (décès, incarcération, absentéisme) : 1099 millions d'euros soit 44% du coût global dont 31,5% lié à l'absentéisme,
- Coût de la perte de qualité de vie estimé à 535 millions d'euros.

Depuis 2004, cinq plans interministériels se sont succédés et se sont complétés afin d'apporter la protection à ces femmes, et les aider à se reconstruire, mais également prendre en charge les auteurs de ces violences pour permettre leur ré-insertion.

Le 24 novembre 2004, le ministère a lancé le premier plan global de lutte contre les violences faites aux femmes (2005-2007), en particulier les violences exercées dans le cadre conjugal. Articulé autour de dix mesures phares, ce plan fournit des réponses sociales et économiques et assure une meilleure protection juridique des femmes. Il modernise aussi l'action publique par le renforcement des partenariats et une mise en cohérence des interventions.

Le 21 novembre 2007, par la mise en place de ce second plan (2008-2010) intitulé : douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes, le Gouvernement souhaite conforter les mesures mises en œuvre en 2004 et les compléter en lançant de nouvelles actions en direction de l'entourage des victimes.

Le troisième plan global de lutte (2011-2013) s'inscrit dans la continuité des précédents en maintenant sur les questions de violences intra-familiales, de mariages forcés et de polygamie, une vigilance soutenue. Il aborde également la question des violences sexistes et sexuelles au travail, ainsi que le viol et les agressions sexuelles, et les liens entre la prostitution et la traite des êtres humains.

Le quatrième plan de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016) [13] s'articule autour de trois axes principaux :

- Organiser l'action publique autour d'un principe d'action simple : aucune violence déclarée ne doit rester sans réponse,
- Protéger les victimes,
- Mobiliser l'ensemble de la société.

Il prévoit donc le renforcement des liens entre service de santé, de police et la justice, ainsi que la création de référents locaux. Il permet également la gratuité et l'ouverture continue du numéro vert 3919, l'élaboration d'un programme de formation initiale et continue pour tous les professionnels prenant en charge des victimes.

De plus, le budget consacré à ce problème majeur de santé publique a été doublé, et a permis la création de 1650 solutions d'hébergement d'urgence pour les victimes de viol.

Le dernier et cinquième plan de lutte contre les violences faites aux femmes, qui est toujours en cours (2017-2019) s'est fixé les objectifs suivants :

- Sécuriser et renforcer les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences et assurer l'accès à leurs droits.
- Renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants.
- Déraciner les violences par la lutte contre le sexisme, qui banalise la culture des violences et du viol [14]

8. Les référents violences faites aux femmes

Chaque année, 19 millions de personnes sont accueillies aux urgences, elles sont un lieu de passage privilégié et parfois l'unique lieu de soins des personnes maltraitées, notamment grâce à une certaine forme d'anonymat et la place des urgences pour traiter les pathologies en lien avec les VC (traumatologie, tentatives de suicide, abus d'alcool).

La circulaire ministérielle du 25 novembre 2015 recentre la problématique des VC au cœur des urgences avec la mise en place de médecins référents préalablement formés dans chaque service d'urgence (public et privé), chargés de sensibiliser et de former les professionnels pour le repérage, la prise en charge et l'orientation des femmes victimes [15].

Le référent est chargé :

- D'organiser des temps de sensibilisation/information pour l'ensemble du personnel du service d'urgences, et le cas échéant du SAMU et du SMUR ;
- De mettre à disposition des autres professionnels de l'établissement et des victimes, des supports de communication et de sensibilisation ;
- D'identifier les partenaires utiles tant au sein de l'établissement (traumatologie, gynécologie-obstétrique, gastroentérologie, psychiatrie, pédiatrie, unité médico-judiciaire, services sociaux...) qu'à l'extérieur (autres acteurs locaux institutionnels et associatifs impliqués dans la prise en charge des femmes victimes).

Chaque référent violence dispose d'une fiche type « prise en charge des femmes victimes de violences » et de modèles de rédaction pour un certificat ou une attestation (ANNEXE 1). Ils sont censés être disponibles pour les urgentistes dans tous les SAU en France.

Plus de 600 référents ont été nommés dans 486 structures d'urgence, et plus de la moitié ont reçu une formation nationale, animée par la MIPROF, afin d'améliorer les conditions de prise en charge des femmes victimes de VC, entre 2016 et 2017.

9. Formation des médecins et des internes

Les professionnels de santé, et plus particulièrement les médecins, sont les premiers auxquels les femmes victimes font appel en premier recours :

- 23% des femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple ;
- 25 % des femmes victimes de viol ou tentatives de viol.

C'est l'occasion d'un contact avec la patiente et son entourage, qui peut ne pas se reproduire [16].

Cependant, pour pouvoir diagnostiquer une femme victime de VC, il faut y être formé. En effet, la meilleure des questions est celle que l'on se sent capable de poser. Durant le deuxième cycle des études médicales, un axe de formation concernant les VC est apparu en 2013. L'item 10 de l'examen classant national (ECN), suite à l'arrêté du 8 avril [17], s'intitule "violence sexuelle". Il est le seul et unique item abordant le thème de la violence et n'intègre aucun axe sur les VC.

Le troisième cycle des études médicales et notamment le Diplôme des Etudes Supérieures (DES) de médecine générale comporte une partie théorique de 200 heures, assurée par le Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté d'affectation, dont le programme est fixé nationalement mais dont l'application est variable d'une faculté à une autre. De nombreuses études témoignent du fait que le manque de formation des médecins apparaît comme un frein au repérage des VC.

Sur le site stop-violences-femme.gouv.fr, la MIPROF propose plusieurs outils, sous forme de kit de formation, s'adressant à l'ensemble des professionnels de santé susceptibles d'intervenir auprès des femmes victimes de violences.

Le kit de formation ANNA vise à expliquer le mécanisme des VC, leur repérage et leur prise en charge par les professionnels, de la santé et associations [18].

Le kit de formation TOM et LENA est plus destiné aux professionnels de l'enfance et de l'adolescence et a pour but de montrer l'impact des VC sur les enfants ainsi que leurs repérages et prises en charge [19].

Le kit de formation ELISA traite des conséquences et du repérage systématique des violences sexuelles chez les femme victimes [20] .

10. Le repérage des violences conjugales

Le rapport Henrion [21] a été rédigé en 2001, par un comité d'experts présidé par le Professeur Roger Henrion. Il a permis de synthétiser les données existantes sur les VC, d'évaluer leurs conséquences sur la santé et de proposer des solutions à travers dix "actions prioritaires". De plus, il souligne le fait que *trois catégories de médecins sont en première ligne pour recueillir les doléances des femmes et dépister les signes de violence : les médecins généralistes en médecine libérale, les urgentistes dans les hôpitaux, et les gynécologues-obstétriciens. Parmi les services hospitaliers, ce sont les services d'urgences qui occupent une place privilégiée en raison des possibilités d'accueil 24 heures/24, et d'une certaine forme d'anonymat.* Afin d'y remédier, ce rapport préconisait entre autres le dépistage systématique des VC. Cependant, il n'existe aucun moyen de dépistage officiel en France alors que les médecins ont conscience du problème mais ont toujours des difficultés à repérer ces femmes du fait d'un manque de formation et de travail en réseau. Ces difficultés semblent se présenter quelque soit le lieu d'exercice du médecin. [22]

Le dépistage systématique des VC consiste à demander à une femme si elle a déjà été victime de violences au sein du couple, de manière systématique, quelque soit le motif de consultation, lors d'un entretien en tête à tête [18]. Ce dépistage doit être fait de manière systématique lorsqu'une femme rencontre un professionnel de santé : médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants, dentistes, kinésithérapeutes ...

Plusieurs études ont été réalisées concernant l'intérêt du dépistage systématique des VC. Elles montrent qu'en plus de doubler le nombre de victimes identifiées, le dépistage systématique diminuerait le taux de dépression chez les victimes à un an et les sécuriserait [23][24][25]. Cependant, une étude montre que « le repérage des VC est peu intégré à la pratique des médecins généralistes » [26]. C'est pourtant la façon la plus efficace et utile de repérer les femmes victimes de VC.

Dans sa thèse, le Dr LETAVERNIER a interrogé 83 femmes victimes de VC dans leur vie consultant aux urgences de Lens. Parmi elles, 66,6% étaient favorables à un dépistage systématique des VC aux urgences [27].

Dans son mémoire [28] portant sur l'intérêt d'une dépistage systématique aux urgences des VC, le Dr EYGUN-AUDAP permet de conclure que questionner systématiquement les patientes dans les services d'urgences permet de repérer et mieux prendre en charge les femmes victimes de VC.

Aucune étude n'a étudié les pratiques des médecins urgentistes et des internes ayant réalisés un stage aux urgences, concernant le repérage des VC faites aux femmes dans un SAU. L'urgentiste et/ou l'interne se trouve en 1ère ligne pour accueillir et prendre en charge les femmes victimes de VC. Elles sont des milliers à pousser la porte des urgences chaque jour, qui semble être un lieu privilégié pour leur prise en charge. Face à une équipe médicale et paramédicale qui ne les connaît pas, le sentiment de honte peut être moindre.

II. Matériel et méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale multicentrique ayant pour sujet le dépistage des VC faites aux femmes dans un service d'accueil des urgences adultes en Aquitaine, hors-CHU.

L'enquête a été réalisée de janvier à mai 2019.

Le critère de jugement principal était l'obtention de la réponse oui ou non à la question « avez-vous déjà réalisé un repérage des VC faites aux femmes dans un SAU ? ».

L'objectif principal de cette étude est de déterminer la proportion de médecins urgentistes et d'internes en médecine ayant déjà réalisé un repérage des VC faites aux femmes dans un SAU.

Les objectifs secondaires étaient :

- D'évaluer les connaissances et les pratiques des médecins urgentistes et des internes concernant le repérage des VC faites aux femmes aux urgences
- D'évaluer les connaissances et les pratiques des médecins urgentistes et des internes concernant la prise en charge des femmes victimes de VC aux urgences

2. Population

Nous avons inclus dans notre recherche les internes de médecine générale ayant commencé leur internat à partir de novembre 2016, incluant ceux inscrits au DESC de médecine d'urgence, ainsi que les internes du DES de médecine d'urgence à partir de novembre 2017. Tous les internes devaient déjà avoir réalisés leur stage dans un SAU pour pouvoir répondre au questionnaire.

Les médecins thésés qui exerçaient dans un SAU dans un centre hospitalier périphérique en Aquitaine, hors-CHU.

3. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire, réalisé sur Google Drive, était composé de 23 questions, dont 21 questions fermées et 2 ouvertes. La diffusion du questionnaire était accompagnée d'une brève présentation du travail de recherche sous forme écrite. Les réponses étaient anonymes. Il comportait 3 sous parties, à savoir :

- Repérage des violences VC aux urgences, état des lieux : évaluation des connaissances des médecins urgentistes et des internes en médecine sur les VC.
- La prise en charge par les médecins/internes, comment ?
- Les caractéristiques des médecins urgentistes et des internes de médecine générale, du DESC/DES de médecine d'urgence

Afin d'interroger le plus grand nombre de médecins et d'internes, nous avons décidé de diffuser le questionnaire par messagerie électronique. Nous avons réalisés dans un premier temps un échantillon test avec 5 médecins travaillant dans un SAU afin de vérifier la pertinence et la durée de remplissage du questionnaire.

Deux relances ont été réalisées après l'envoi, à 1 mois d'intervalle, entre le 4 février 2019 et le 2 mai 2019. Le questionnaire a été clôturé le 20 mai 2019, pour pouvoir analyser les données collectées.

4. Analyse statistique

Les résultats ont été récupérés sous forme de tableur à partir de la plateforme de création des questionnaires (Google form). Les résultats descriptifs ont été rapportés sous forme de pourcentage. Ce travail a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

III. Résultats

A la date de fin d'étude, nous avons reçu 211 réponses, sur les 800 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 26,37%.

1. Caractéristiques de la population soumise au questionnaire

Parmi les 211 personnes qui ont répondu au questionnaire, on retrouve :

- 115 internes de médecine générale (54,5%),
- 29 internes inscrit en DESC ou DES de médecine d'urgence (13,7%),
- 67 médecins urgentistes (31,8%).

Parmi la totalité de la population incluse dans l'étude, il y avait 78 hommes (37%) et 133 femmes (63%).

Sexe	Femme	133 (63%)
	Homme	78 (37%)
Statut	Médecin urgentiste	67 (31,8%)
	Interne en DES de médecine générale	115 (54,4%)
	Interne en DESC/DES de médecine d'urgence	29 (13,7%)

Tableau 1 : caractéristiques de notre échantillon

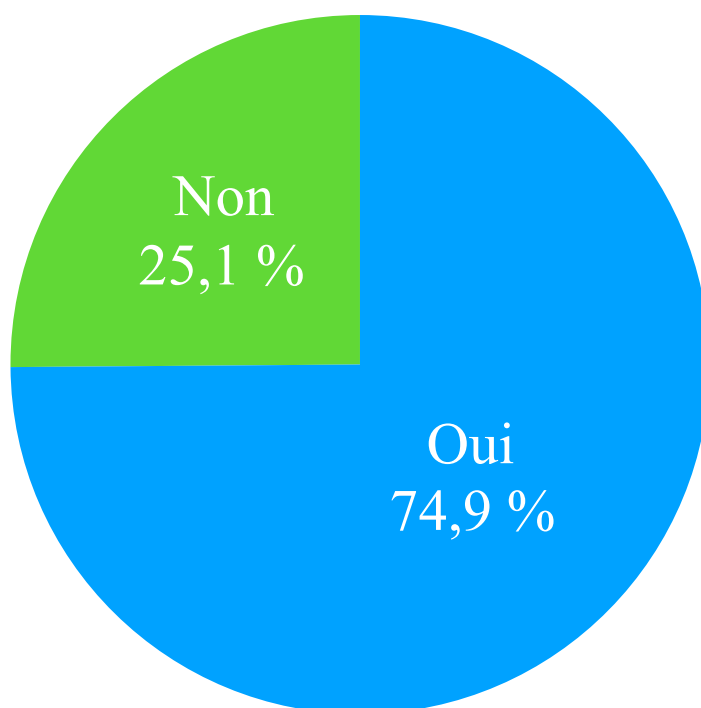
	Nombre en Aquitaine	Taux de réponse
Médecins urgentistes (hors CHU)	220	30 % (67)
Interne en médecine générale	522	22% (115)
Interne en DES / DESC de médecin d'urgence	55	52,7% (29)

Tableau 2 : taux de réponse selon le statut par rapport à la population totale

2. Repérage des violences conjugales faites aux femmes dans un SAU : état des lieux

Dans notre questionnaire, à la première question, nous avons demandé aux médecins urgentistes et internes s'ils avaient déjà réalisé un repérage des VC faites aux femmes dans un SAU.

Figure 2 : Avez-vous déjà réalisé un repérage des VC faites aux femmes dans un SAU ?



Parmi les 158 personnes ayant répondu oui à la première question (74,9%), nous leur avons alors demandé dans quelles circonstances ils étaient amenés à réaliser un repérage des VC (question à choix multiples).

- Demande de certificat de coups et blessures
- Consultation de traumatologie
- Consultation pour symptômes psychiatrique
- Consultation pour autre(s) motif(s)
- Questionnement systématique

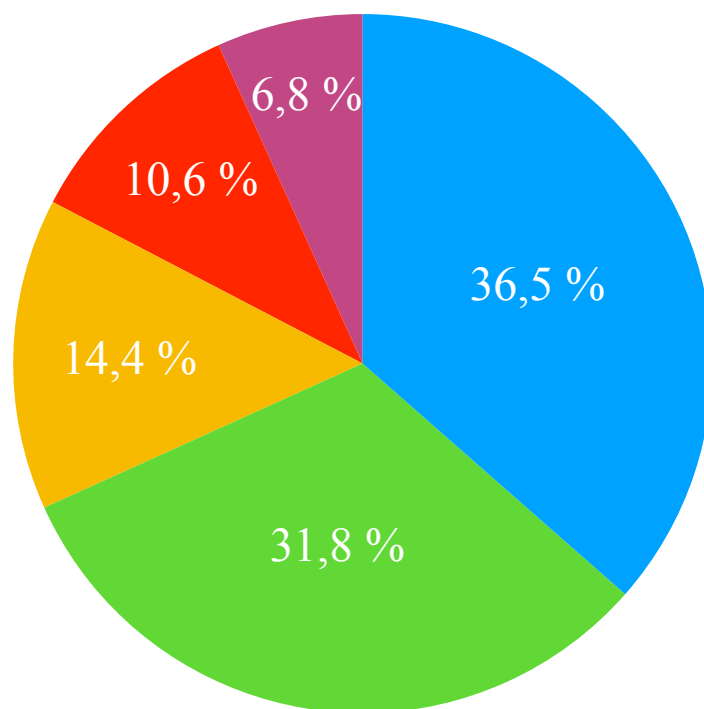


Figure 3 : circonstances de repérage des femmes victimes de VC

Parmi les 158 personnes ayant répondu oui à la première question (74,9%), nous leur avons demandé par quel(s) moyen(s) ils ont pu réaliser ce repérage (question à choix multiples).

- Suite à l'information de l'équipe soignante
- Suite à l'information d'un accompagnant de la patiente
- Signes évocateurs de violences à l'examen physique
- Questionnement systématique
- Autre(s) moyen(s)
- En fonction du niveau social de la patiente

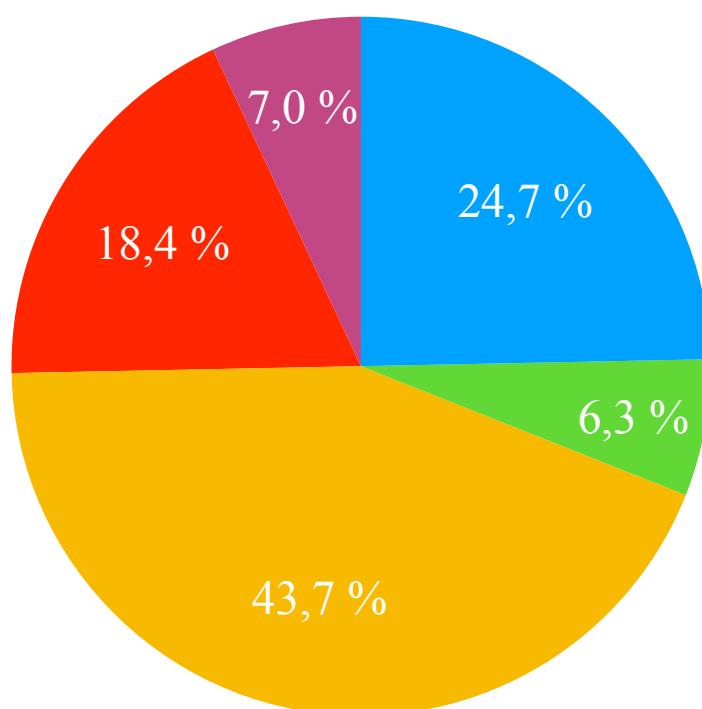


Figure 4 : moyen de réalisation du repérage des femmes victimes de violences conjugales

Ils étaient 53 (25,1%) à répondre non à la première question et qu'ils n'avaient jamais réalisé de repérage des VC faites aux femmes dans un SAU. Nous leur avons demandé pour qu'elle(s) raison(s) (question à choix multiples).

Je manque de formation pour réaliser ce repérage	69,5% (41)
Je n'a jamais pensé à réaliser ce repérage	57,5 % (34)
Je ne sais pas quelles suites donner en cas de repérage positif	55,9% (33)
Je manque d'informations sur ce repérage	52,5% (31)
Je manque d'un outil d'aide au repérage (ex : questionnaire)	35,6% (21)
Je ne dispose pas d'assez de temps pour réaliser ce repérage au SAU	33,9% (20)
Ce repérage me met mal à l'aise face aux patients	11,9% (7)
Ce repérage met mal à l'aise les patients	11,9% (7)
Je pense que c'est au médecin généraliste de réaliser ce repérage	6,9% (43)
je ne pense pas qu'il soit utile de réaliser ce repérage dans un SAU	5,1% (3)
Je pense que c'est aux patientes de faire le premier pas	1,7% (1)
Une ou des expériences négatives professionnelles me freinent dans la réalisation du repérage des VC faites aux femmes	0% (0)

Tableau 3 : justifications de non réalisation du repérage des VC aux urgences

A la deuxième question, nous avons demandé aux médecins urgentistes et aux internes s'ils connaissaient le nombre de femmes victimes de VC par an en France.

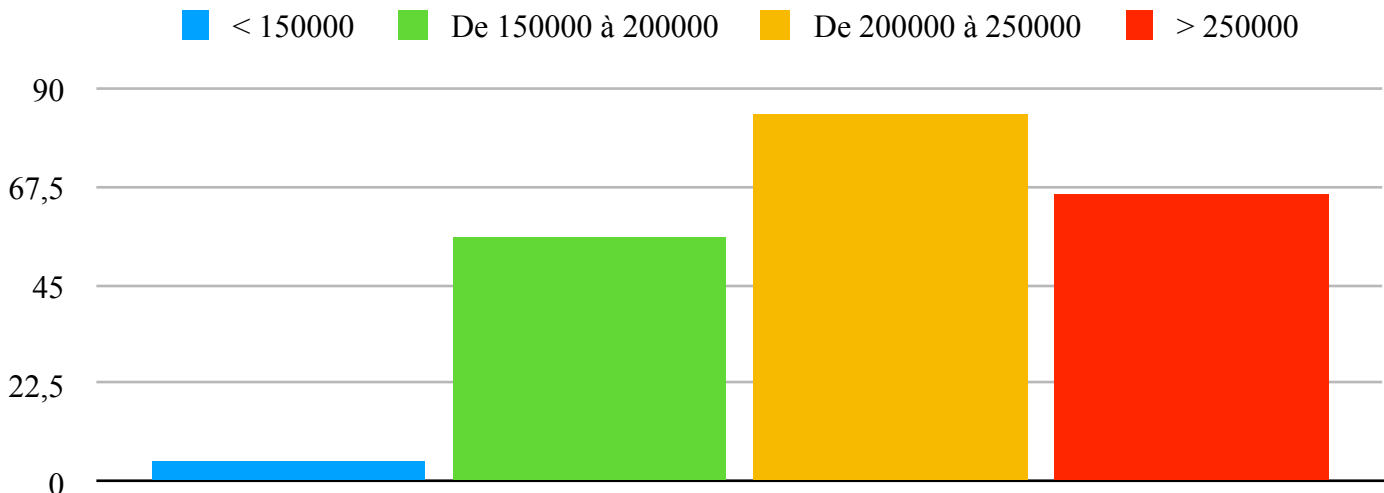


Figure 5 : Nombre de femmes victimes de VC en France par an selon la population de l'étude

A la troisième question, nous avons demandé aux médecins urgentistes et aux internes s'ils avaient une idée du nombre de femmes victimes de VC qui consultent un médecin pour ce motif.

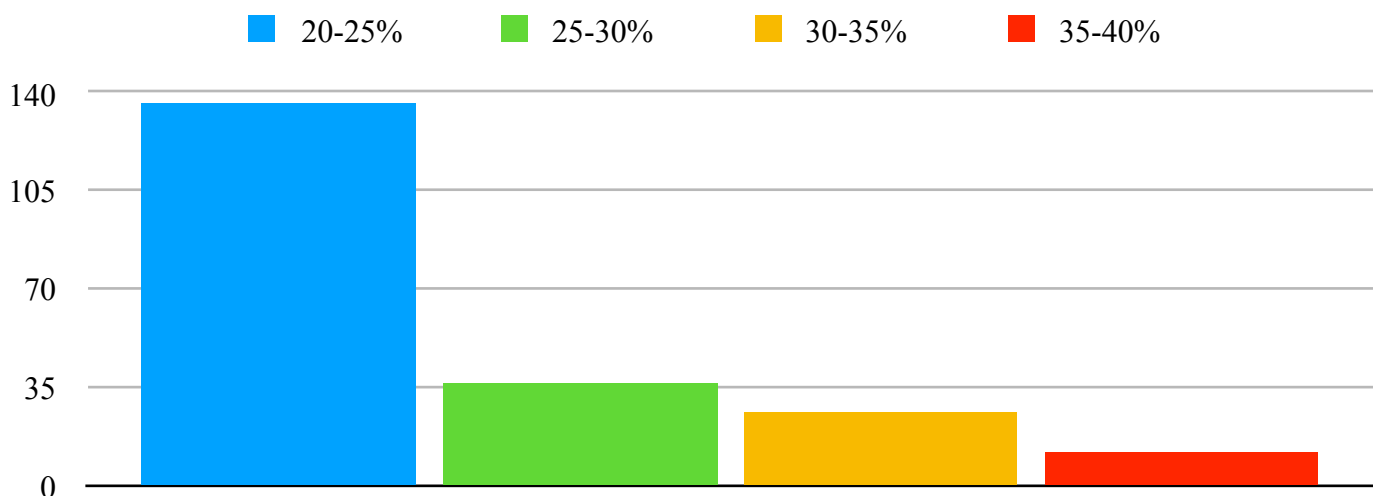


Figure 6 : Nombre de femmes victimes de VC qui consultent un médecin selon la population de l'étude

A la quatrième question, nous avons demandé aux médecins urgentistes et aux internes s'ils savaient le nombre de femmes victimes de VC qui portent plainte pour ce motif.

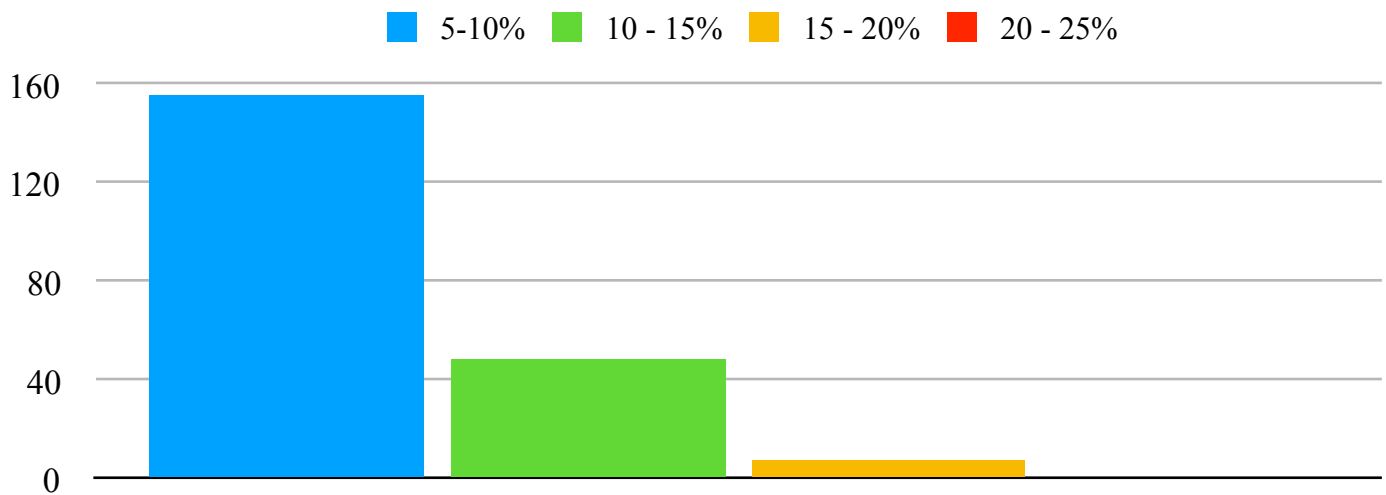


Figure 7 : Nombre de femmes victimes de VC qui portent plainte selon la population de l'étude

Ensuite à la cinquième question, nous leur avons demandé lors d'une question à réponses multiples, quel(s) étai(en)t selon eux le(s) meilleur(s) moyen(s) de repérer les femmes victimes de VC dans un SAU.

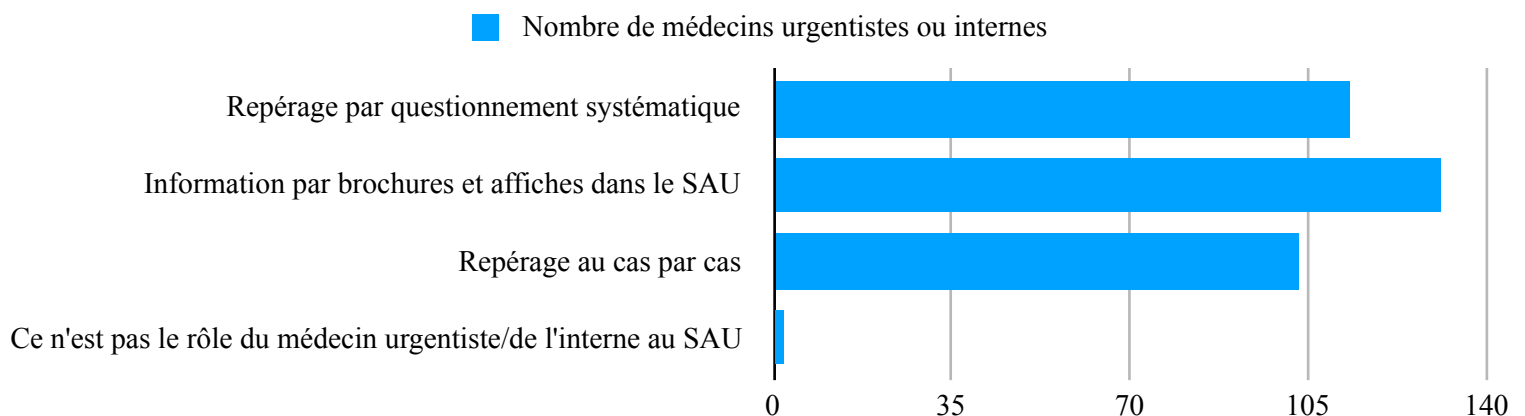


Figure 8 : Meilleur moyen de repérer les femmes victimes de VC selon les médecins urgentistes et internes au SAU

Parmi les médecins urgentistes et les internes, quand on leur demande à la sixième question, il y en avaient 41 (19,4%) qui se sentaient bien formés et informés sur le repérage des VC, et 170 (80,6%) d'entre eux ont répondu non à cette question.

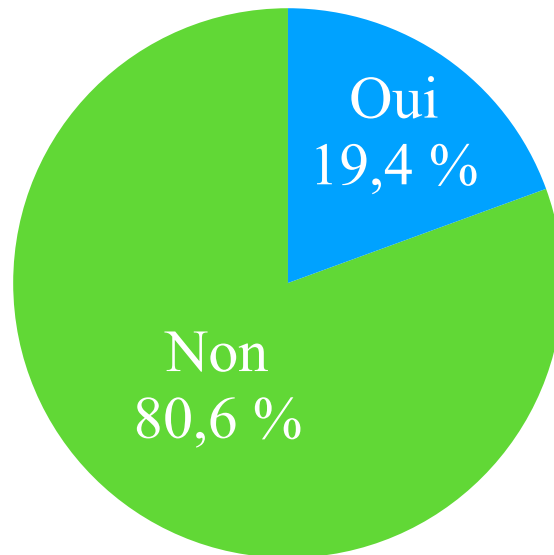


Figure 9 : Vous sentez vous bien formés et informés concernant le repérage des VC ?

Nous leur avons également demandé leur sentiment d'aisance pour repérer les femmes victimes de VC.

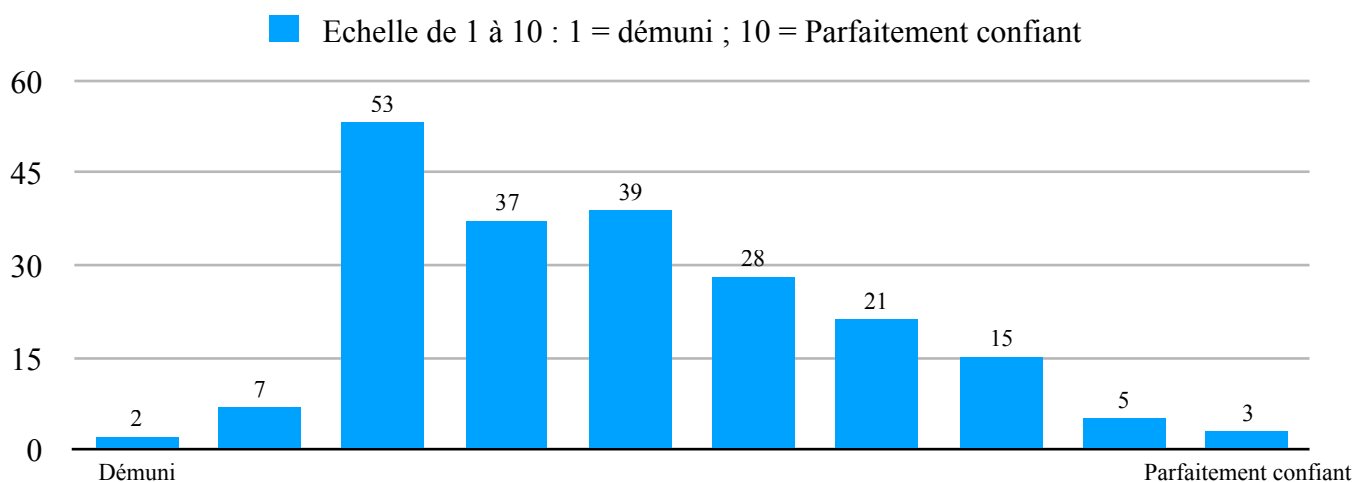


Figure 10 : ressenti face au repérage des VC faites aux femmes

3. Prise en charge des femmes victimes de violence conjugales par le médecin urgentiste / l'interne : comment ?

Après avoir repéré les femmes victimes de violences au sein du couple, nous avons demandé à la huitième question, quels étaient selon eux les conseils les plus adaptés.

L'adresser à une association spécialisée	191 (90,5%)
Encourager la patiente à porter plainte	163 (77,3%)
L'adresser à une assistante sociale	124 (58,8%)
Informé le médecin traitant	85 (40,3%)
Encourager la patiente à partir du domicile conjugal	81 (38,4%)
Hospitalisation systématique	10 (4,7%)

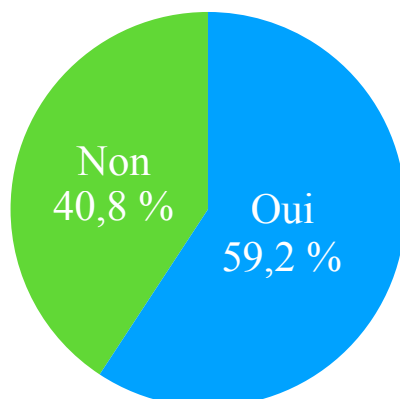
Tableau 4 : Conseils les plus adaptés après avoir repéré une patiente victime de VC

À la neuvième question, ils étaient :

- 97 (46%) médecins urgentistes/internes à n'avoir jamais orienté une femme victime de VC vers un partenaire social ;
- 86 (40,8%) à avoir déjà orienté une femme victime de VC vers une assistante sociale du SAU ;
- 55 (26,1%) à l'avoir fait vers un autre partenaire social (CIDFF, ADAVEM, CPEF ...).

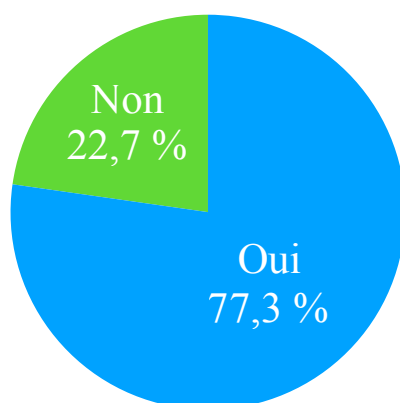
À la dixième question, 125 (59,2%) médecins urgentistes/internes connaissaient l'existence d'hébergement d'urgence dans le département où ils travaillaient/où ils avaient fait leur stage au SAU, pour les femmes victimes de VC. Ils étaient 86 (40,8%) à avoir répondu non à cette question.

Figure 11: Avez-vous connaissance de l'existence d'hébergements d'urgence dans le département ?



A la onzième question, ils étaient 163 (77,3%) à avoir déjà conseillé à une femme victime de VC d'aller porter plainte à un poste de police ou de gendarmerie. Ils étaient 48 (22,7%) à avoir répondu non à cette question.

Figure 12 : Avez-vous déjà conseillé à une femme victime de VC d'aller porter plainte ?



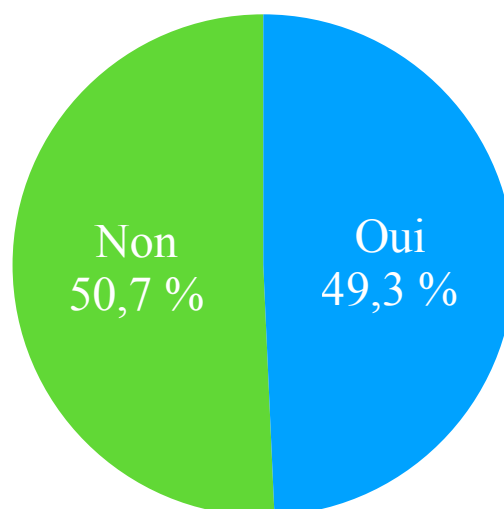
Les douzième et treizième questions concernaient le certificat médical initial et l'ITT.

Avez-vous déjà rédigé un certificat médical initial descriptif ?	Oui avec détermination d'une ITT	163 (77,3%)
	Oui sans détermination d'une ITT	23 (10,9%)
	Non	25 (11,8%)
Vous estimez-vous bien formé pour la rédaction du certificat médical initial et la détermination d'une ITT ?	Oui pour le certificat médical initial et pour l'ITT	51 (24,2%)
	Oui pour le certificat médical initial	72 (34,1%)
	Manque de formation pour fixer l'ITT	150 (71,1%)

Tableau 5 : Certificat médical initial et ITT

Les médecins urgentistes et internes étaient 104 (49,3%) à répondre qu'ils connaissaient l'existence du référent violences faites aux femmes dans le centre hospitalier où ils exercent/ont réalisé leur stage. Et ils étaient 107 (50,7%) à ne pas en connaître l'existence.

Figure 13 : Avez-vous connaissance du référent violence faites aux femmes dans votre lieu d'exercice ?



Lors de la quinzième question (à choix multiples), nous leur avons demandé quels moyens étaient présents dans leur lieu d'exercice et/ou de stage pour les aider dans la prise en charge des femmes victimes de VC.

Possibilité de consultation psychiatrique au SAU	139 (65,9%)
Contact avec un médecin légiste pour conseils	104 (49,3%)
Documentation à remettre au victimes	100 (47,4%)
Protocole sur la prise en charge en urgence des victimes	74 (35,1%)
Assistante sociale dédiée	54 (25,6%)
Protocole d'hébergement en urgence	39 (18,5%)
Accord de la police pour dépôt de plainte au SAU	30 (14,1%)

Tableau 6 : Moyens présents pour aider à la prise en charge des femmes victimes de VC

Nous leur avons ensuite demandé leur ressenti pour prendre en charge les femmes victimes de VC.

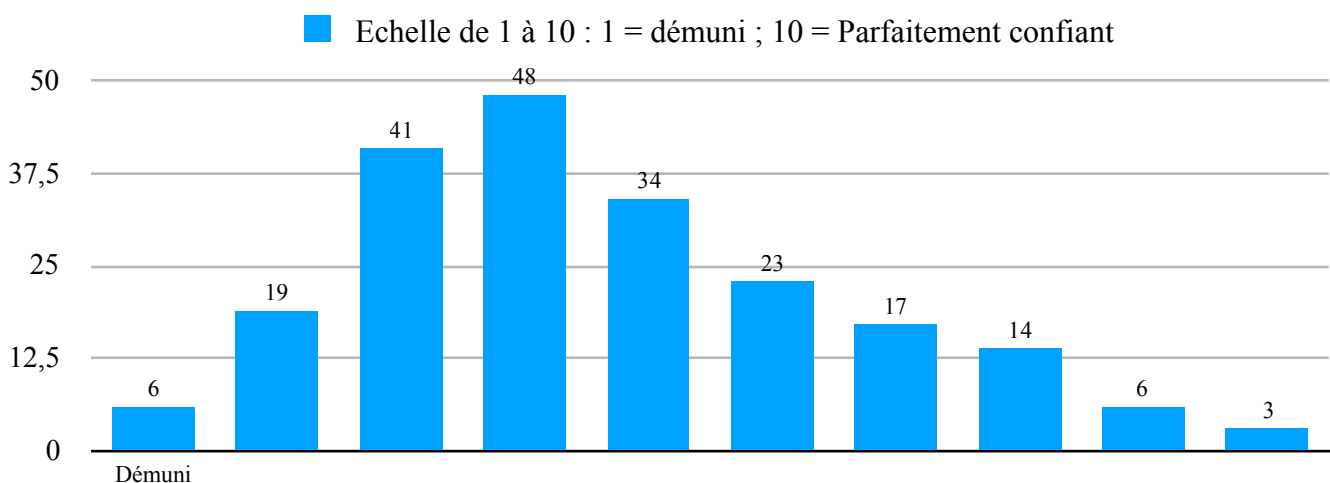


Figure 14 : Ressenti face à la prise en charge des femmes victimes de VC

Parmi les quatre propositions présentes ci-dessous dans le tableau, nous leur avons demandé à la dix-septième question, d'en choisir une ou plusieurs leur permettant d'améliorer le repérage et la prise en charge des femmes victimes de VC dans un SAU.

Cours dédié lors de l'externat et de l'internat	124 (58,8%)
Formation dans le cadre de votre pratique professionnelle	181 (85,8%)
Informations régulières par le référent « violence faite aux femmes » de votre lieu d'exercice/de stage	150 (71,1%)
Présence d'outils d'aide au repérage (questionnaire type) dans votre lieu d'exercice/ de stage	149 (70,6%)

Tableau 7 : Amélioration du repérage et de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales dans un SAU

4. Formation des médecins

- Oui pendant mon externat
- Oui pendant mon internat
- Oui pendant mon post-internat
- Jamais eu de formation

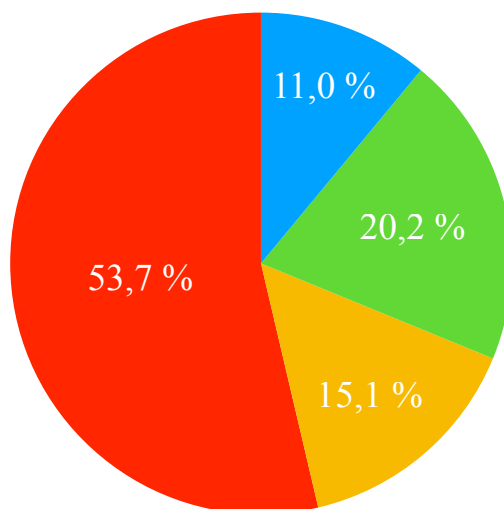


Figure 15, question 20 :

Avez-vous déjà suivi des formations sur les violences conjugales faites aux femmes ?

Parmi les formations déjà suivies par les médecins urgentistes et les internes concernant les VC, on retrouvait :

Formation lors du stage au SAU	40,4% (38)
Formation dans le cadre de leur pratique professionnelle	36,2% (34)
Cours à l'université	34% (32)
Formation lors du stage chez le praticien de médecine générale	6,4% (6)

Tableau 8 : Formations déjà suivies concernant les VC

● Oui ● Non ● Ne se prononce pas

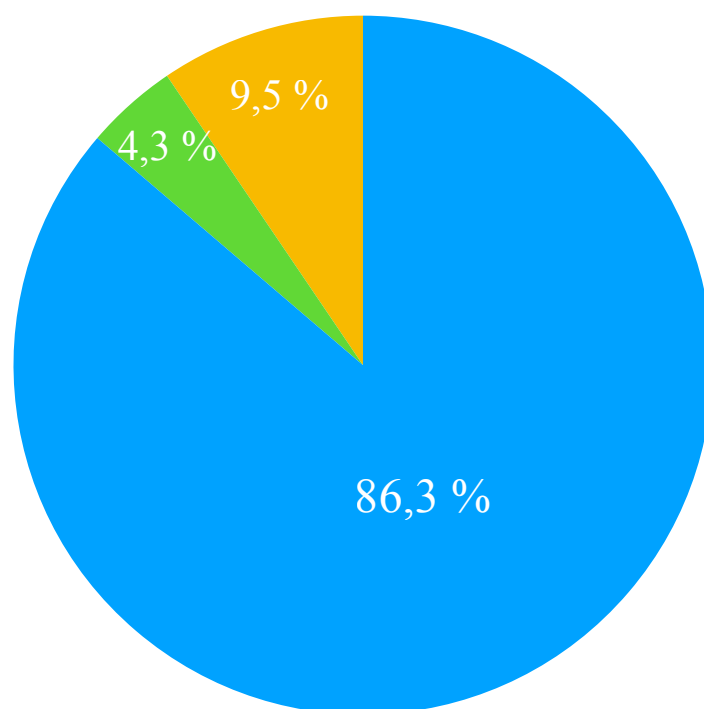


Figure 16, question 21 :

Considérez-vous que le médecin urgentiste /l'interne en stage aux urgences, ait un rôle primordial dans le repérage des femmes victimes de violences conjugales ?

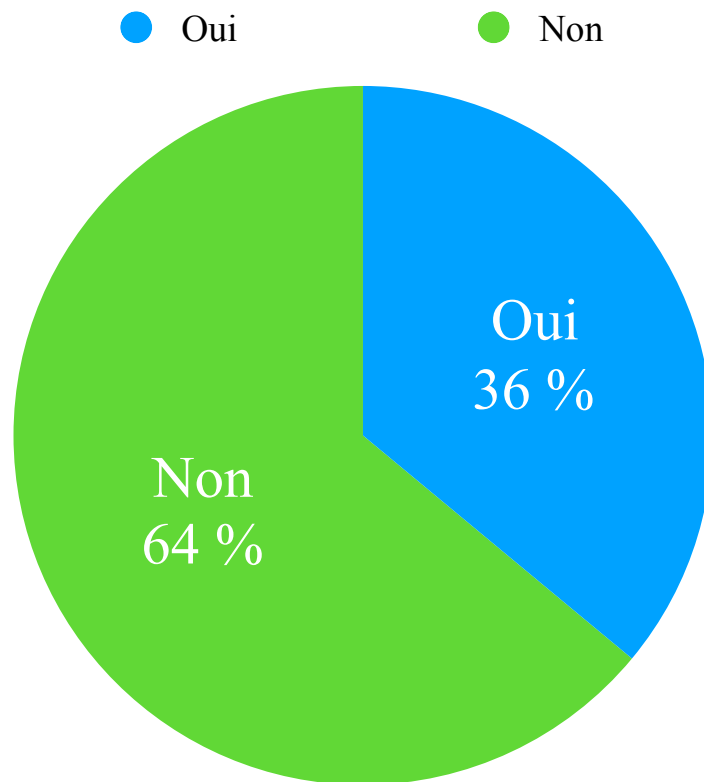


Figure 17, question 22 : Avez vous déjà subi des VC ou connaissez-vous quelqu'un, dans votre entourage, victime de VC ?

IV. Discussion

Le thème des VC est fréquent dans les thèses de médecine, c'est le reflet de la sensibilisation de la population médicale sur ce sujet. Il reste pourtant peu abordé pendant nos études, alors que ces situations sont fréquentes durant le cursus universitaire, et après tout au long de notre carrière, aussi bien à l'hôpital qu'en médecine ambulatoire.

Cette étude observationnelle transversale, a permis de dresser un état des lieux des pratiques concernant le repérage des VC faites aux femmes, par les médecins urgentistes et les internes, dans les SAU en Aquitaine.

Volontairement, nous nous sommes intéressés seulement aux femmes victimes de violences conjugales. Les cas de ce type de violence concernent également les hommes mais ils représentent moins de 10% de victimes. La littérature à ce sujet reste pauvre à ce jour, avec un réel tabou.

1. Population étudiée : limites et points forts

A. Population

Cette étude a permis d'inclure 211 médecins urgentistes et internes en médecine générale ou en DES/DESC de médecine d'urgence, sur les 800 questionnaires envoyés.

Les internes en médecine générale ont l'obligation de réaliser durant leur internat, un stage dans un SAU adultes. Ils peuvent donc être confrontés aux VC, et le seront également plus tard au cours de leur stages chez le praticien de médecine générale, et dans leur pratique professionnelle. Ils représentent plus de la moitié de la population de l'étude. Nous pouvons donc penser que les internes en médecine générale semblent plus sensibilisés à ce sujet.

Cependant, sur un total de 522 questionnaires envoyés aux internes de médecine générale ayant commencé leur interne en novembre 2016, nous n'avons reçu que 115 réponses, ce qui représente 22% de leur population. Ce taux reste faible.

Les internes en DES/DESC de médecine d'urgence, effectuent aux un ou plusieurs stages dans un SAU. Ils représentent environ 14% de notre population d'étude. Cependant, nous avons reçu 29

réponses sur les 55 questionnaires envoyés. Ils sont donc plus de la moitié de la population en Aquitaine à avoir répondu. Cela signifie donc qu'ils sont sensibilisés, peut-être par leur présence plus importante durant leur internat, dans les SAU adultes.

Les médecins urgentistes (hors CHU) représentent aux environ 30% de notre population d'étude. Sur un total de 220 questionnaires envoyés, nous avons reçu 67 réponses, ce qui représente 30% des médecins urgentistes hors CHU, travaillant en Aquitaine. Leur proportion est donc représentative dans notre population d'étude.

Enfin, ils étaient 63% de sexe féminin et 37% de sexe masculin à répondre à ce questionnaire. Nous pouvons donc penser que les médecins / internes de sexe féminin sont plus sensibilisés à ce sujet, mais cependant nous n'avons aucune certitude car il y a au fur et à mesure des années, une féminisation de la population médicale.

B. Biais lié au type de questionnaire

Le questionnaire utilisé dans notre étude n'est pas valide de manière scientifique mais s'inspire de plusieurs questionnaires utilisés dans différents travaux. Il est principalement composé de questions fermées, cela permet une meilleure analyse des données même si ce format est plus contraignant pour la personne qui y répond.

C. Biais de sélection

Il existe un biais de sélection, puisque le fait de répondre au questionnaire était basé sur le volontariat. Il est possible que les médecins et les internes participant à cette étude étaient plus sensibles à ce sujet et donc possiblement mieux formés et plus performants, influençant ainsi les résultats.

De plus, certains médecins/internes n'avaient peut-être pas accès à une boîte mail leur permettant de pouvoir répondre à ce questionnaire.

Volontairement, nous n'avons pas inclus dans notre population d'étude les médecins urgentistes travaillant au CHU et disposant d'une unité médical judiciaire 24h/24h et 7j/7. En effet, dans ce cas

là, les femmes victimes de VC sont directement prises en charge par des équipes spécialisées dans les VC. Cependant, nous n'avons pas exclus les internes ayant réalisé un stage au CHU, aux urgences, cela peut constituer un biais de sélection à notre étude.

D. Biais de classement

Le biais majeur de notre étude est un biais de mémorisation. Il peut y avoir une sous-estimation des chiffres retrouvés au vu du mode de recueil rétrospectif sur quasiment l'ensemble du questionnaire. En effet, nous n'avons pas demandé à chaque médecin/interne, après chaque consultation concernant une personne de sexe féminin, s'il avait réalisé un repérage des VC.

E. Validité externe

Cette étude est multicentrique, réalisée sur 3 mois.

Pour des soucis de confidentialité, la question n22 du questionnaire concernant le lieu d'exercice ou de réalisation du stage dans un SAU a été supprimé lors de l'analyse des résultats.

2. État des lieux des pratiques concernant le repérage des violences conjugales faites aux femmes aux urgences

Notre étude est novatrice dans le sens où elle étudie les pratiques des médecins urgentistes et des internes ayant déjà réalisés un stage dans un SAU. Plusieurs thèses ont déjà étudié les pratiques de leurs confrères en médecine ambulatoire, ou alors la prévalence était étudiée mais par questionnement auprès des femmes venant consulter dans un SAU. Cette fois-ci, nous nous sommes placés du côté médical dans un service d'urgence.

D'après notre questionnaire, les médecins urgentistes et les internes semblent avoir connaissance de l'ampleur de ce fléau car ils sont une majorité à avoir répondu qu'il y avait entre 200000 et 250000 femmes victimes de VC par an en France (chiffre réel 219000). Cependant, ils sous-estiment le nombre de femmes qui consultent un médecin par rapport à ce problème. En effet, ils sont 64,5% à avoir répondu entre 15 et 20% alors qu'elles sont 27% (nombre de réponse : 17,5%).

Ils sont une majorité (74,9%) à avoir déjà pratiqué le repérage des VC dans un SAU et ils estiment à 86% que les médecins urgentistes et les internes présents au SAU ont un rôle primordial pour ce repérage.

Si l'on compare nos résultats avec ceux des travaux déjà réalisés en médecine générale, on retrouve dans la thèse du Dr FOUCARD [29] que 60% des médecins généralistes pratiquent le dépistage des VC, essentiellement face à un contexte évocateur. Dans les travaux du Dr BURES [30], 89% des médecins interrogés réalisaient un dépistage des VC.

Le Dr CORNILLEAU a étudié comment avait évolué les pratiques des médecins généralistes face aux VC, en dix ans. Elle est partie des travaux du Dr Cécile Morvant réalisé en 2000, qui a étudié les pratiques de 235 généralistes face aux VC. Le même questionnaire a été envoyé à des généralistes d'Ile-de-France en 2011. Entre 2000 et 2011, il y a eu une diminution du pourcentage de femmes ayant abordé le sujet spontanément. La proportion des médecins ayant posé la question a plus que doublé en 10 ans.[31]

Notre étude dresse un état des lieux des pratiques actuelles dans les SAU, concernant le repérage des VC faites aux femmes, indépendamment du statut et de la date de début d'exercice pour les

médecins urgentistes déjà thésés. Il aurait pu être intéressant de comparer les pratiques en fonction du statut, afin de pouvoir comparer les attitudes et de voir leurs évolutions.

3. Repérage des violences conjugales faites aux femmes

Dans notre étude, parmi les 158 médecins/internes qui déclarent avoir déjà réalisé un repérage des VC aux urgences, ils sont une majorité à le faire dans le cadre d'une demande de certificat de coups et blessures (78,5%) ou lorsque le motif de consultation est de la traumatologie (68,4%). Ils sont moins de 20% à réaliser ce repérage de manière systématique. Ces résultats vont dans le même sens que les études déjà réalisées en médecine générale. En effet, dans l'étude du Dr BURES [30], 89% des médecins généralistes interrogés déclarent réalisé un dépistage des VC. Seulement 2% de manière systématique, et 87% sur point d'appel.

En l'absence de signes évocateurs, le seul moyen de savoir si une femme est victime de VC reste le repérage systématique, essentiel et qui a sa place dans l'interrogatoire, notamment pour les auteurs américains et canadiens, et pourtant très peu réalisé en France [32]. Une étude a été réalisée aux Etats-Unis, dans 2 centres d'urgences, et elle montrait que grâce à trois brèves questions posées de manière systématique à chaque femme, 13,7% des consultations avaient pour motif un épisode aigu de VC. [33]

Dans les études menées dans les pays où le dépistage est pratiqué, il est démontré qu'il est plus efficace lorsqu'il est réalisé de manière systématique. Sa mise en place en est facilitée, les victimes ont moins de difficulté à participer au dépistage, et les médecins n'ont pas l'impression de poser des questions taboues [34].

Dans notre étude, ils sont 70% à répondre que l'existence d'un questionnaire d'aide au repérage des VC serait une aide. Dans ses travaux, Le Dr MU-SEK-SANG [35], a voulu savoir si un outil de dépistage simple, guidant les médecins généralistes du dépistage à l'orientation des victimes, pouvait permettre de faciliter le questionnement systématique des patientes. Un outil de dépistage a été créé selon les recommandations de la MIPROF, et un questionnaire a permis de l'évaluer. Ce dernier a été utile pour quelques médecins généralistes seulement.

La majorité de la population de notre étude pense que le meilleur moyen de repérer les femmes victimes de VC passe par une information sur des brochures ou des affiches dans l'enceinte du SAU (62,1%). Cette attitude reste plutôt passive mais reste un premier niveau de repérage. Cependant,

une appréhension à réaliser le questionnement systématique par les urgentistes et les internes, est en contradiction avec l'attente des femmes victimes de VC.

En effet, plusieurs études nous montrent que les femmes victimes de VC sont favorables à un repérage systématique. Dans l'étude du Dr Detavernier [27], plus de la moitié des femmes sont favorables à un dépistage des VC systématique aux urgences. Chiffre d'autant plus marquant que parmi les femmes ayant déjà été victimes de VC, 66,6% sont favorables au dépistage. On note que les femmes victimes de VC et n'ayant jamais consulté de médecin pour ce motif, sont favorables à 80,8% au dépistage systématique.

Même constat dans les travaux du Dr EYGUN [28], si les femmes semblent globalement prêtes, voir demandeuses d'un tel questionnement, 90 % des femmes interrogées étant favorables au dépistage systématique qu'elles soient victimes ou non. Ils ont pu observer quelques réticences face à une telle innovation de la part des médecins. Dans notre étude, ils sont 53,6% à estimer que le repérage systématique par questionnement direct reste le meilleur moyen. Pourtant, dans leur pratique, ils ont du mal à le mettre en place et le font principalement lors des consultations de traumatologie ou lors d'une demande de certificat.

Les moyens de repérage des VC qu'utilisent les médecins urgentistes/internes sont donc différentes et éloignés par rapport aux attentes qu'ont les femmes victimes de VC. Le moyen le plus simple et le plus efficace reste de demander à la patiente « avez-vous déjà été victime de violences au sein de votre couple ? ». Pour les médecins et internes les moins à l'aise avec cette question, un outil d'aide au repérage composé de 1 à 3 questions pourraient les aider à ne pas passer à côté de certains victimes.

Depuis les recommandations de la Haute Autorité de Santé en 2005 [36], il existe une case «victime de violences» dans les dossiers médicaux de consultation de préparation à la naissance et à la parentalité, afin de rechercher des facteurs de vulnérabilité. Nous pourrions imaginer la même chose dans les dossiers des patientes consultant aux urgences, afin de rappeler au personnel médical qu'il faut poser la question à n'importe qu'elle femme consultant dans un SAU. De la même façon, les secrétaires d'accueil des SAU, les infirmières d'accueil et toutes les personnes pouvant accueillir des femmes aux urgences, devraient avoir un onglet dans le dossier afin de pouvoir signaler la présence de VC aux autres membres de l'équipe.

4. Prise en charge des femmes victimes de violences conjugales et travail en réseau

Les médecins et les internes interrogés dans notre étude ne se sentent pas assez confiant pour repérer mais également pour prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. 70,1% des médecins ont répondu entre 1 et 5 (sur une échelle de 10, 1 = démuni ; 10 = parfaitement confiant). Des résultats similaires sont retrouvés dans une étude qui dresse un état des lieux de la prise en charge des femmes victimes de VC par les médecins généralistes de la Vienne [38].

Parmi les personnes ne réalisant pas de repérage des VC aux urgences, ils étaient 55,9% à répondre qu'il ne le faisait pas car il ne savait pas quelle suite donner en cas de repérage positif. Ces résultats sont en accord avec une thèse qualitative de 2013 intitulée « obstacles au repérage et à la prise en charge des VC en médecine générale » mettant en évidence une difficulté au repérage du fait « d'un manque de formation et de travail en réseau » [37].

Le dépistage sans proposer des solutions adaptées, est inutile, voire négatif pour les victimes. Il est vital que ces dernières aient des réponses concrètes et des actes réalistes, et non seulement des « conseils de comptoir ».

Dans notre étude, 90,5% des médecins/internes adressent la patiente vers une association spécialisée et ils sont 77,3% à encourager la patiente à aller porter plainte. Selon la MIPROF [5], près de la moitié des victimes de VC n'a jamais fait de démarches auprès d'un(e) professionnel(le) ou d'une association. Moins d'une femme sur cinq victime de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple déclare avoir déposé plainte. Ces résultats semblent donc confirmer le fait que la population de notre étude sous-estime leur importance dans la prise en charge de ces victimes.

Le manque de temps et de connaissances de la part des médecins et des internes sur le fonctionnement et le rôle des associations dans ces situations, confortent l'idée qu'une assistante sociale est indispensable dans un SAU. En effet, les assistantes sociales sont formées concernant le sujet des VC mais elles ne sont que très peu utilisées de la part des médecins. Elles permettent d'aider les femmes dans leurs démarches et de leur expliquer toutes les solutions possibles, souvent méconnues par les équipes médicales.

Cela passe notamment par les hébergements d'urgence, disponibles dans chaque département. La plupart des médecins et internes ont connaissance de l'existence d'hébergements d'urgence dans le département (59,2%).

La population de notre étude connaît de manière globale les partenaires sur lesquels ils peuvent s'appuyer pour les aider dans la prise en charge des femmes victimes de VC. Cependant, leur utilisation ne semble pas être faite de manière optimale.

Alors que la moitié de la population de notre étude ne connaît pas l'existence du référent violences faites aux femmes, pourtant obligatoires depuis la circulaire ministérielle de 2015 [15]. Ce dernier a pourtant un rôle important à jouer, et il existe des services d'urgence où il est malheureusement absent. Quand il est présent, il peut former et informer toute l'équipe présente dans un SAU, aussi bien du côté paramédical que médical. Rappelons que dans notre étude, ils sont 25% à avoir répondu qu'ils avaient pensé à réaliser un repérage des VC suite à l'information par un membre de l'équipe soignante.

Il peut également faire le lien entre les différents acteurs présents dans la prise en charge des femmes victimes de violence (assistante social, associations spécialisées, forces de l'ordre) et élaborer des protocoles afin de faciliter leurs échanges. Ils peuvent également aider les médecins urgentistes et les internes, à rédiger des certificats de coups et blessures, et à déterminer une interruption totale de travail, car dans notre étude on remarque que cette dernière met en difficultés les médecins et les internes. Il pourrait rédiger une fiche afin de les aider à déterminer au mieux l'ITT.

Il est nécessaire que ces derniers se fassent connaître, sensibilisent et forment, les équipes médicales et paramédicales présentes dans les services d'urgence. Ils pourraient organiser de manière régulière des formations, afin de leur donner les connaissances nécessaires pour repérer et prendre en charge une femme victime de VC dans les meilleures conditions et les adresser vers les bonnes personnes afin de réaliser un véritable travail en réseau.

En effet, devant le nombre croissant de consultations aux urgences et le manque de personnel, les médecins et internes n'ont pas le temps pour prendre en charge une femme victime de VC de

manière correcte et complète. Ces consultations et ces prises en charge sont longues et complexes, le fait de travailler en réseau pourrait permettre à chaque acteur de jouer son rôle : médecin, infirmier, assistant social, forces de l'ordre et représentant de la justice.

L'amélioration du repérage et de la prise en charge des victimes de VC semble être un réel travail d'équipe, aussi bien aux urgences, que dans un réseau à créer incluant hôpital, services de police, services sociaux et service de justice.

5. Amélioration de la formation et des pratiques des médecins urgentistes et des internes

Environ 80% des médecins urgentistes et des internes ayant répondu à notre questionnaire estiment qu'ils manquent de formation concernant le repérage des VC mais également pour la prise en charge de ces femmes victimes de VC. La même raison est évoquée chez les médecins urgentistes/ internes ne réalisant pas de repérage. Cela rejoint les résultats des travaux du Dr LAZIMI [39] qui montrent que les étudiants en médecine en France estiment que leurs connaissances en matières de VC sont mauvaises. 70% d'entre eux ressentent le besoin de se former à ce sujet.

Dans ses travaux [35], le Dr MU-SEK-SANG retrouve une différence significative entre le nombre de médecins formés à la question des VC, selon l'ancienneté de leur cursus universitaire (avant ou après 1999). Ils remarquent que les « jeunes » promotions ont été plus formées au cours de leur externat et/ou internat, alors que la majorité des médecins des promotions antérieures a été formée après l'internat au cours de formation médicale continue.

Plus de la moitié des médecins et internes interrogés durant notre enquête (53,7%) n'a jamais reçu de formation concernant ce sujet. Parmi ceux qui en avaient déjà reçu une, ils étaient 20,2% à l'avoir eu pendant leur internat. Cependant, ce résultat peut être non représentatif des formations reçues en post-internat car les internes étaient une majorité à répondre à ce questionnaire.

Nous leur avons demandé comment améliorer le repérage et la prise en charge des femmes victimes de VC aux urgences. Même si les réponses n'étaient libres et qu'ils devaient choisir parmi 4 réponses (une ou plusieurs réponses possibles), il semblerait que les médecins et internes soient favorables à des cours et des formations tout au long de leur étude et même après, lors du post-internat.

Dans son étude, le Dr POYET-POULLET [40] a voulu évaluer à travers un questionnaire, si les soixante et un généralistes ayant reçu une formation sur ce thème avaient modifié leurs pratiques. Les résultats de l'enquête montrent la validation des acquis sur l'attention portée au sujet, le dépistage, l'évaluation des violences subies et les acteurs du réseau.

Le secteur de la santé reste un des rares à ne pas avoir entrepris de formation systématique sur la thématique des VC. Plusieurs enquêtes nous confortent dans la nécessité de la mise en place durant les études médicales d'un enseignement des VC dès que possible dans le cursus, pendant l'internat, voir l'externat. Tout cela pour améliorer la prise en charge médicale et l'accompagnement des femmes victimes de violences. En effet, l'habitude de demander à une femme consultant au SAU si elle a déjà été victimes de VC doit être prise dès le début des études de médecine.

6. Perspectives

Le fait de poser la question suivante de manière systématique « **avez-vous déjà été victime de violences au sein de votre couple ?** » à toutes les femmes consultant dans un SAU permettrait de les repérer plus facilement.

Mais pour cela, il faudrait améliorer la formation des médecins urgentistes et des internes en médecine générale ou en DES/DESC de médecin d'urgence. Cela pourrait commencer dès l'externat avec des cours magistraux dédiés sur les VC et sur l'importance de réaliser ce repérage. Ensuite, des formations tout au long de l'internat et notamment lors du stage aux urgences. Le référent violence pourrait alors, à chaque début de semestre, faire un cours sur les VC à tous les internes présents aux urgences et devant y effectuer des gardes. Il pourrait leur expliquer l'importance de réaliser ce repérage systématique et leur donner des éléments pratiques faciles à mettre en place concernant la prise en charge.

Egalement, devant la grande majorité des services d'urgences qui sont informatisés en Aquitaine, nous pourrions imaginer un onglet dédié « violences conjugales » que le médecin ou l'interne pourrait cocher, afin de retrouver plus facilement cet élément lors de consultations futures.

Le référent violences faites aux femmes pourrait également faire des sessions de sensibilisation régulières, aux équipes médicales et paramédicales des urgences afin que le repérage puissent se faire dès l'admission. Il pourrait profiter de cette occasion pour se faire connaître auprès de l'ensemble de l'équipe, remettre des fiches conseils, et présenter les différents acteurs de la prise en charge des VC : associations spécialisées, forces de l'ordre et notamment le rôle important de l'assistante sociale. Sa présence dans les SAU est donc indispensable et nécessaire, auprès de l'équipe travaillant dans un SAU. Il doit être la personne référent du service sur les VC mais l'amélioration de la prise en charge des victimes passera forcément par une prise de conscience générale et donc l'implication de l'ensemble de l'équipe.

V.Conclusion

Les VC faites aux femmes apparaissent aujourd'hui comme un problème de santé publique, un véritable fléau, face auquel les médecins, quelque soit leur spécialité et leur lieu d'exercice, doivent se mobiliser pour améliorer leurs pratiques, tant en matière de repérage, que de prise en charge. Malgré les différentes politiques de sensibilisation du public avec des campagnes chocs insistant sur le nombre de victimes de VC, les médecins semblent toujours démunis pour repérer et prendre en charge ces femmes, surtout par manque de formation.

Les urgences ont une place privilégiée pour la prise en charge de ces femmes et de leurs enfants, carrefour des premiers effets de la violence, avec 19 millions de passages environ par an. L'urgentiste et l'interne présents aux urgences, se retrouvent donc en première ligne dans l'accueil et la prise en charge de ce type de patientes. Il est indispensable qu'ils soient sensibilisés et formés. Le questionnement systématique, au même titre que les autres antécédents, doit être fait de façon simple et explicite.

Afin de faciliter le repérage et la prise en charge des femmes victimes de VC, les médecins urgentistes et les internes doivent pouvoir s'appuyer sur l'ensemble de l'équipe présente au SAU. Étant donné la difficulté croissante des services d'urgence avec une augmentation constante de l'activité, il faut pouvoir faciliter le plus possible le travail des médecins urgentistes quand une victime se présente car ses consultations sont souvent chronophages. Il semble intéressant que les médecins ne soient pas seuls dans les SAU et ils doivent pouvoir compter des personnes relais dans leur service.

L'urgentiste « référent des violences faites aux femmes » est au centre de ce dispositif. Il a une place importante dans un SAU, et il doit agir en étroite collaboration avec tous les acteurs nécessaires à la prise en charge de ces femmes : assistantes sociales, représentants de la justice, associations spécialisées, force de l'ordre. Son rôle ne s'arrête pas à la simple réalisation de protocole, il doit aussi sensibiliser et former de manière régulière, répétée, tous les membres de l'équipe du SAU.

VI. Bibliographie

[1] Organisation des nations unies. La violence à l'encontre des femmes. [cited 2018 june 22]. Available from : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

[2] Conseil de l'Europe. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. [cited 2019 march 4] <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/0900001680084840>

[3] Walker L. The battered woman syndrome. 4th ed. New York : Springer publishment company, 1979:112-91.

[4] Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Populations et sociétés. Janvier 2001, N°364. [11 mars 2019]. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf

[5] MIPROF. La lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes. [consulté le 7 mai 2019]. Available from : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/violences_au_sein_du_couple_et_violences_sexuelles_novembre_2018.pdf

[6] Nemeroff & all. Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-Science Review Influential Publications, American Psychiatric Association, 7:254-273

[7] Dorey R, La relation d'emprise. Nouvelle Revue de Psychanalyse.1981;(24):139-117.

[8] LOI n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. 2006-399 avr 4, 2006.

[9] LOI n° 2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce. 2004-439 mai 26, 2004.

[10] LOI n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales. 2005-1549 déc 12, 2005.

- [11] LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants - Article 1. 2010-769 juill 9, 2010.
- [12] Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France - Cairn.info. In: Evaluation économique des violences conjugales en France [Internet]. 2010 [cité 16 juin 2016]. p. 405–16. (Santé Publique; vol. 22). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-4-page-405.htm#s2n8>
- [13] Principales-mesures-du-4eme-plan.pdf [Internet]. [consulté le 27 avril 2019]. Disponible sur: http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf
- [14] 5ème plan de lutte contre toutes les violences faites aux femmes.pdf [Internet]. [consulté le 27 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>
- [15] CIRCULAIRE N° DGOS/R2/MIPROF/2015/345 du 25 novembre 2015.
- [16] SFMU. Maltraitance : dépistage conduite à tenir aux urgences, conférence de consensus. 2004.
- [17] Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
- [18] Fiche_presentation_kit_ANNA-2.pdf [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_presentation_kit_ANNA-2.pdf
- [19] Fiche_presentation_kit_TOM_ET_LENA_v2-2.pdf [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_presentation_kit_TOM_ET_LENA_v2-2.pdf
- [20] Fiche_ELISA.pdf [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_ELISA.pdf

- [21] Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales: le rôle des professionnels de santé. Rapport au Ministre Délégué à la Santé. Paris : La Documentation française. 2001.
- [22] Quenot M. Repérage, en Médecine Générale, des violences conjugales faites aux femmes A propos d'une enquête en Haute Garonne. Thèse d'exercice, Toulouse III : université Paul Sabatier ; 2016.
- [23] O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD007007. DOI: 10.1002/14651858.CD007007.pub3
- [24] Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, et al. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. 2013 Apr. The Lancet, Volume 382, Issue 9888, 249 - 258
- [25] Ahmad F, Hogg-Johnson S, Stewart DE, Skinne HA, Glazier RH, Levinson W. Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial. Ann Intern Med. 2009 Jul 21;151(2):93-102. Epub 2009 Jun 1.
- [26] Fromental C, Ricaud L. Vécu du médecin généraliste face au dépistage des violences conjugales faites aux femmes en Haute-Garonne: étude qualitative en 2011 [Thèse d'exercice]. : Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2011.
- [27] Detavernier L. Estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens. Thèse d'exercice de médecine générale, Lille : université du droit et de la santé, Lille 2, faculté de médecine Henri Warembourg ; 2018.
- [28] EYGUN-AUDAP J. Intérêt d'un dépistage systématique des violences conjugales aux urgences. Mémoire pour l'obtention du DESC de médecine d'urgence, Bordeaux : université de Bordeaux ; 2016.

- [29] Foucard F. Enquête épidémiologique auprès de médecins de premier recours concernant le dépistage des violences conjugales et des violences sexuelles au sein du couple. [Thèse d'exercice de Médecine Générale]. Université François-Rabelais, FACULTE DE MEDECINE DE TOURS ; 2016.
- [30] BURES J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : Etude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. Thèse d'exercice de médecine générale, Rouen : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2016.
- [31] CORNILLEAU A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. Université Paris 6 – Pierre et Marie Curie- Faculté de médecine ; 2012.
- [32] Benoit M. Pour un meilleur dépistage médical des violences faites aux femmes. Une revue de la littérature. [Thèse d'exercice de Médecine Générale]. Faculté de Médecine Henri Warembourg-Lille2; 2016.
- [33] Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. JAMA. 7 mai 1997;277(17):1357-61.
- [34] [Phelan MB](#). Screening for intimate partner violence in medical settings. [Trauma Violence Abuse](#). 2007 Apr;8(2):199-213.
- [35] MU-SEK-SANG R. Le dépistage systématique des violences conjugales : Etude réalisée chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes en 2017. Thèse d'exercice de médecine générale, Poitiers : université de Poitiers ; 2017.
- [36] Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations. 2005.
- [37] Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.

[38] BONNET P. Etat des lieux de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales par les médecins généralistes de la Vienne. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2017.

[39] Lazimi G. Les violences faites aux femmes : enquête nationale auprès des étudiants en médecine. Vie professionnelle. Février 2014.

[40] Poyet-Poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire. Université de Nantes ; Faculté de médecine ; 2006.

[41] Ministère de la santé : les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : guide à l'intention des éducateurs et des intervenants de santé et en services sociaux. Canada, 1999, 69p.

[42] Lazimi G. Enfants exposés aux violences dans le couple. La revue du praticien médecine générale. 2010. Tome 24, n°851. P 852-853.

VII. Annexes

1. Annexe 1 : Note explicative du certificat médical

Notice explicative du certificat médical

établi sur demande du de la - patient - e

L'établissement du certificat médical fait partie des missions du médecin. Le médecin qui rédige un certificat conforme au modèle proposé n'encourt aucune sanction disciplinaire. (Article 226-14 du CPP)

Lorsqu'il est sollicité, le médecin ne peut se soustraire à une demande d'établissement de certificat médical émanant d'une victime. Le médecin remet l'original du certificat directement à la victime examinée, et en aucun cas à un tiers (le conjoint est un tiers). Il conserve un double dans le dossier.

A - LES FAITS OU LES COMMÉMORATIFS

Noter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif ET entre guillemets notamment sur le contexte et la nature des faits, l'identité déclaré avec l'auteur des faits, etc. Le médecin ne doit faire aucun jugement ni aucune interprétation.

A titre d'exemple X dit avoir victime de « », La victime déclare« », « Selon les dires de la victime... »).

B - LES DOLEANCES

Noter de façon exhaustive et entre guillemets, les symptômes exprimés par la victime **en utilisant ses mots notamment les troubles du sommeil, cauchemars, troubles des conduites alimentaires, anxiété, conduites d'évitement, conduites addictives, céphalées, insomnies, douleurs digestives, pulmonaires ou dorsales, troubles gynécologiques...**

C - L'EXAMEN CLINIQUE

Le médecin ne se prononce pas sur la réalité des faits, ni sur la responsabilité d'un tiers. Il **ne détermine pas non plus si les violences sont volontaires ou non.**

Il **décrit** avec précision et sans ambiguïté dans cette rubrique **les signes cliniques des lésions et les signes neurologiques, sensoriels et psychocomportementaux constatés.**

Sur le plan physique

- ✓ Préciser les ecchymoses, plaies franches, plaies contuses, fractures, morsures avec leur taille, couleur, localisation. Pensez à examiner les zones saillantes : coudes, genoux, paume des mains, fesses
- ✓ Mentionner des éléments cliniques négatifs si cela est utile;
- ✓ Prendre des photos ou réaliser un schéma anatomique car les certificats sont destinés aux autorités judiciaires qui n'ont pas de connaissance de l'anatomie et des termes médicaux ;
- ✓ Prescrire des examens complémentaires si nécessaire (radiographie et consultations spécialisées) qui pourront modifier les conclusions et le mentionner expressément ;
- ✓ Décrire la gêne fonctionnelle à savoir la gêne pour accomplir les actes usuels de la vie (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer, nécessité de prise d'antalgique en raison des douleurs ...)

Sur le plan psychique :

Le médecin recherche et décrit l'état psychique de la victime et de son comportement au cours de la consultation et plus particulièrement des symptômes fréquents et/ou spécifiques en cas de violences notamment : des **troubles anxio-dépressifs** (des idées suicidaires), des **troubles alimentaires et de la sexualité, des conduites addictives et à risque, des troubles somatiques liés au stress, des symptômes d'hyperactivation neuro-végétatives** (hypervigilance, sursauts, insomnies, palpitations, irritabilité, troubles de la concentration...), des **symptômes dissociatifs** (déconnection émotionnelle, d'être spectateur détaché des événements, de dépersonnalisation, désorientation, confusion, amnésie) **une détresse émotionnelle péri-traumatique** (reviviscences sensorielles et émotionnelles des violences, flashbacks, cauchemars).

D - ETAT ANTERIEUR

- ✓ Ne mentionner que les antécédents qui pourraient interférer avec les lésions traumatiques.
- ✓ Rappeler les constatations faites au cours de précédentes consultations en lien avec les faits exposés : cicatrices antérieures, douleurs antérieures de la zone atteinte, antécédents chirurgicaux.

E - L'ITT, INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (facultatif)

Définition :

L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais **la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime** notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.

L'ITT est une notion **pénale** qui, même si elle n'est pas le seul critère que les parquets prennent en compte, permettra la qualification des faits (contravention, délit ou crime), l'orientation de la procédure et la peine encourue. **Les violences intra familiales sont des délits quelle que soit la durée de l'ITT** (art. 222-13 C. pén.) en raison de la qualité de l'auteur.

L'ITT diffère de l'incapacité temporaire totale (ITT civile) ou Déficit fonctionnel temporaire total (DFTT) qui, au **civil**, correspond à la période, **indemnisable**, pendant laquelle la victime va se trouver empêchée de jouir de ses pleines capacités (périodes d'hospitalisation en règle).

❗ La détermination de l'ITT peut être difficile. C'est pourquoi, cette ITT **pourra être fixée ultérieurement par un médecin légiste sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits avec minutie dans le certificat médical**

Si vous décidez de la déterminer, quelques recommandations-précautions :

- ✓ Ecrire en toutes lettres, en la justifiant par une description précise des troubles fonctionnels.
- ✓ Pour les violences psychologiques à l'origine de symptômes psychologiques mais qui n'entraînent pas de gênes fonctionnelles dans les actes de la vie quotidienne, il peut être utile de préciser néanmoins, en quoi ils altèrent les conditions et la qualité de vie de la personne.
- ✓ **PRECISER SYSTEMATIQUEMENT « Sous réserve de complications ultérieures ».**

DATER ET SIGNATURE DU MEDECIN

Le certificat doit être daté du jour de sa rédaction, même si les faits sont antérieurs.



Une posture professionnelle adaptée pour la prise en charge des femmes victimes de violences

Au-delà du certificat médical, le médecin doit délivrer un certain nombre de conseils et d'informations notamment :

- *affirmer clairement que les violences sont interdites par la loi et que les actes de violence relèvent de la seule responsabilité de son auteur ;*
- *conseiller à la patiente de se rendre, en cas d'urgence, dans les locaux des services de police ou de gendarmerie, ou encore d'appeler le 17 qui permet de joindre ces services (ou le 112 d'un téléphone portable) ;*
- *inviter la victime à appeler le 3919 (Violences femmes info), numéro gratuit d'écoute et*
- *d'information anonyme et qui n'est pas repérable sur les factures et les téléphones ;*
- *informer la victime de l'existence d'associations d'aide aux victimes ;*
- *informer la victime de la possibilité de porter plainte ;*
- *évaluer le danger : présence d'arme, menace de mort, tentative de strangulation, idée suicidaire*
- *proposer une nouvelle consultation dans un délai court*



A dire à la patiente victime
« Vous n'y êtes pour rien »
« L'agresseur est le seul responsable ».
« La loi interdit les violences »
« Vous pouvez être aidée »
« Appelez le 3919 pour être informée de vos droits et connaître les associations d'aide près de chez vous »
« Je vous donne un nouveau rendez-vous »

Pour en savoir plus, visitez le site stop-violences-femmes.gouv.fr rubrique « Je suis un-e professionnel-l-e »

Le pratique du certificat médical descriptif

Sur demande de la patiente

Version novembre 2015

Qui contacter ?

Le **17** : numéro qui vous permet de joindre la police et la gendarmerie.
Le **112** : numéro d'appel unique européen pour accéder aux services d'urgence, valable dans l'Union européenne.
Le **15** : numéro spécifique aux urgences médicales, qui vous permet de joindre 24h/24 le service d'aide médicale urgente (SAMU).
Le **18** : numéro qui vous permet de joindre les pompiers.
Le **114** : numéro d'urgence pour les personnes sourdes ou malentendantes ou ayant des difficultés à parler victimes ou témoins d'une situation d'urgence, afin de solliciter par SMS l'intervention des services de secours (en remplacement des 15, 17, 18)

Numéro d'écoute, d'information et d'orientation

39 19 : Violences Femmes Info
Numéro gratuit **anonyme**, ne laissant aucune trace sur la facture téléphonique, accessible 7/7 gratuit, qui assure une écoute, une information, et, en fonction des demandes, une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge.

Lien Internet

<http://stop-violences-femmes.gouv.fr>
www.ordre-sages-femmes.fr

Modèle de certificat médical Sur demande de la patiente

Nom et prénom de la sage-femme : _____
Adresse : _____
Numéro RPPS : _____ ou d'inscription à l'ordre des sages-femmes : _____
Je, soussigné(e), M. (Mme) _____ certifie avoir examiné
Madame (Nom, Prénom,) née _____ le _____ domiciliée à _____,
le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____,
(lorsqu'il s'agit d'un mineur) en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur _____ (Nom, prénom) _____.
Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant), Madame, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____.
Elle déclare sur les faits « avoir été victime de _____ (lieu) _____, le _____ (date), à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) _____ ».
Elle déclare/dit se plaindre de « _____ ».
Elle présente à l'examen clinique :
- Etat gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) : _____
- Sur le plan physique : _____
- Sur le plan psychique : _____
Certificat établi le _____ (date), à _____ (heure), à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre), à la demande de Madame _____ (Nom, prénom) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.
Signature (et cachet) d'authentification

→ Vous pouvez reprendre les termes de ce modèle sur votre papier à entête. Ce modèle est également disponible en version électronique sous format A4 à l'adresse suivante :
<http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Modeles-de-certificats.html>

Les 10 règles d'utilisation du certificat médical

- 1 - Rédiger le certificat de manière lisible, précise, sans termes techniques
- 2 - Indiquer le lieu de rédaction du certificat, dater et signer le certificat (ne pas antidater ou postdater le certificat)
- 3 - Mentionner votre nom, prénom, coordonnées professionnelles, n° RPPS ou d'inscription au Tableau de l'Ordre
- 4 - Mentionner clairement les éléments d'identité de la patiente (en cas de doute, utiliser la mention « *me déclare se nommer...* »)
- 5 - Ne porter aucun jugement, aucune accusation envers un tiers, aucune interprétation sur les faits relatés par la patiente
- 6 - Après avoir nécessairement procédé à un examen de la patiente, décrire de manière factuelle et objective les lésions ou signes constatés
- 7 - Retranscrire sans interprétation et entre guillemets les déclarations faites par la patiente
- 8 - Ne pas violer le secret professionnel (ne pas révéler, via le certificat, des informations soumises au secret professionnel sans l'accord de la patiente)
- 9 - Remettre en main propre le certificat uniquement à la patiente (ou à son représentant légal s'il s'agit d'une mineur ou d'une majeure protégée et si ce représentant n'est pas impliqué dans les faits) et en aucun cas à un tiers
- 10 - Conserver une copie du certificat établi

L'établissement d'un certificat médical engage la responsabilité professionnelle de la sage-femme

2. Annexe 2 : Violences au sein du couple : les principales infractions et les peines encourues

INFRACTIONS	PEINES ENCOURUES	CODE PENAL articles	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
Captation d'images et diffusion d'images présentant un caractère sexuel	2 ans d'emprisonnement et 60 000 € d'amende	226-2-1	DELIT Tribunal correctionnel 6 ans pour déposer plainte à partir la date de l'infraction
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure ou égale à 8 jours	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende	222-12	
Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieur à 8 jours	5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende	222-13	
Harcèlement par des propos ou comportements répétés (en fonction de l'incapacité totale de travail)	De 3 à 5 ans d'emprisonnement et de 45 000 à 75 000 € d'amende	222-33-2-1	
Violences habituelles (en fonction de l'incapacité totale de travail)	De 5 à 10 ans d'emprisonnement et de 75 000 à 150 000 € d'amende	222-14	
Menace de mort	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende	222-17	
Agressions sexuelles	7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende	222-28	
Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner	20 ans de réclusion	222-8	CRIME Cour d'assises 20 ans pour déposer plainte à partir la date de l'infraction
Viol	20 ans de réclusion	222-24	
Meurtre	Réclusion à perpétuité	221-1 et 221-4	

3. Annexe 3 : questionnaire envoyé aux médecins urgentistes et aux internes

1- Avez-vous déjà réalisé, auprès des femmes consultant dans un SAU, un repérage sur le thème des violences conjugales ? (une seule réponse possible)

Oui ; Non.

Si OUI à la question 1 (une ou plusieurs réponses possibles) :

—> Dans quelles circonstances avez-vous réalisé ce repérage ?

- Demande de certificat de coup et blessure
- Motif de consultation : traumatologie
- Motif de consultation : symptômes psychiatriques
- Motif de consultation : autre motif (douleur abdo, douleur thoracique ...)
- Par un questionnement systématique réalisé lors de l'interrogatoire

—> Par quel moyen avez-vous réalisé ce repérage :

- Suite à l'information d'un membre de l'équipe soignante (agent administratif, AS, IDE, IOA)
- Suite à l'information d'un accompagnant de la patiente
- Par des signes évocateurs de violences physiques lors de l'examen clinique
- Par un questionnement systématique réalisé lors de l'interrogatoire
- En fonction du milieu social
- Autres

Si NON à la question 1 : quelles sont les raisons qui peuvent expliquer que vous n'ayez pas réalisé ce repérage systématique ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Je n'ai jamais pensé à réaliser ce repérage
- Je ne pense pas que cela soit utile de faire ce repérage dans un SAU
- Je manque d'informations sur ce repérage
- Je manque de formation pour réaliser ce repérage
- Il me manque un outil d'aide au repérage (ex. : questionnaire)
- Ce repérage me met mal à l'aise face aux patientes
- Je pense que ce repérage mettra mes patientes mal à l'aise
- Je ne sais pas quelles suites donner en cas de repérage positif

- Je pense que c'est aux patientes de faire le premier pas
- Je ne dispose pas d'assez de temps pour réaliser ce repérage au SAU
- Selon moi, c'est au médecin généraliste de réaliser ce repérage
- Des expériences professionnelles négatives me freinent à réaliser ce repérage systématique

2- Selon vous, quel est le nombre de femmes victimes de violences conjugales en France par an ?

- < 150000
- Entre 150000 et 200000 femmes
- Entre 200000 et 250000 femmes
- > 250000 femmes

3- Selon vous, combien de femmes victimes de violences conjugales portent plainte ?

- Entre 5 et 10%
- Entre 10 et 15%
- Entre 15 et 20%
- Entre 20 et 25%

4- Selon vous, combien de femmes victimes de violences conjugales vont consulter un médecin ?

- Entre 20 et 25%
- Entre 25 et 30%
- Entre 30 et 35%
- Entre 35 et 40%

5- Selon vous, quel(s) est(sont) le(s) meilleur(s) moyen(s) pour repérer les femmes victimes de violences conjugales dans un SAU ?

- Repérage systématique direct (par questionnement direct), quelque soit le motif de consultation
- Informations type brochures et affiches dans le SAU
- Repérage au cas pas cas
- Ce n'est pas le rôle du médecin urgentiste/de l'interne lors d'une consultation au SAU

6- Selon vous, êtes-vous bien formé et informé sur le repérage des violences conjugales faites aux femmes ?

- OUI

- NON

7- Sur une échelle de 1 à 10 (1 = démuni, 10 = parfaitement confiant), comment vous sentez-vous pour repérer ce type de situation?

1 (Démuni) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Parfaitement confiant)

8- Selon vous, quelle(s) est(sont) la(les) conseil(s) la(les) plus adapté(s) après avoir repéré une patiente victime de violence conjugale ?

- Encourager la patiente à partir du domicile conjugal
- Encourager la patiente à porter plainte
- L'adresser à une association spécialisée
- L'adresser à une assistante sociale
- Informer le médecin traitant
- Hospitalisation systématique

9- Avez-vous déjà orienté une femme victime de violences conjugales à un partenaire social ? Si oui, laquelle?

- Oui, assistante sociale du SAU
- Oui, partenaire social (CIDFF, ADAVEM, CPEF ...)
- Non

10- Connaissez-vous l'existence d'hébergement en urgence dans le département où vous travaillez aux urgences/où vous avez fait votre stage au SAU, pour les femmes victimes de violences conjugales ?

- Oui
- Non

11- Avez-vous déjà conseillé à une femme victime de violences conjugales d'aller porter plainte à un poste de police ou de gendarmerie ?

- Oui
- Non

12- Avez-vous déjà rédigé un certificat médical initial descriptif ? Avec détermination d'une Incapacité totale de travail (ITT) ?

- OUI avec détermination d'une ITT
- OUI sans détermination d'une ITT
- NON

13- Vous estimez-vous bien formé pour la rédaction du certificat médical initial et de la détermination de l'ITT ?

- OUI pour le certificat médical initial et pour l'ITT
- OUI pour le certificat médical initial
- Manque de formation pour fixer l'ITT

14- Savez vous s'il existe un référent « violence faite aux femmes » dans le centre hospitalier où vous travaillez ?

- OUI
- NON

15- Dans votre SAU pour vous aider dans votre prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, existe-il :

- Contact avec un médecin légiste pour conseils
- Documentation à remettre aux victimes
- Assistante sociale dédiée
- Protocole d'hébergement en urgence
- Protocole sur la prise en charge en urgence des victimes
- Possibilité de consultation psychiatrique au SAU
- Accord avec la police pour dépôt de plainte au SAU

16- Sur une échelle de 1 à 10 (1 = démuni, 10 = parfaitement confiant), comment vous sentez-vous pour prendre en charge ce type de situation ?

1 (Démuni) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Parfaitement confiant)

17- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer votre repérage et votre prise en charge des femmes victimes de violences conjugales dans un SAU ?

- Cours dédié lors de votre externat/internat
- Formation dans le cadre de votre pratique professionnelle
- Informations régulières par le référent « violence faite aux femmes » de votre lieu d'exercice/de stage
- Présence d'outils d'aide au repérage (questionnaire type) dans votre lieu d'exercice/ de stage

18- Vous êtes :

- Une homme
- Une femme

19- Vous êtes :

- Médecin urgentiste
- Interne en médecine générale
- Interne en DES/DESC de médecine d'urgence

20- Avez-vous déjà suivi une formation sur les violences faites aux femmes ?

- Oui, pendant mon externat
- Oui, pendant mon internat
- Oui, pendant mon post-internat
- Non

Si oui, laquelle :

- Cours à l'université
- Cours lors du stage au SAU
- Formation dans le cadre de votre pratique professionnelle
- Lors du stage chez le praticien de médecine générale

21- Considérez-vous que le médecin urgentiste /l'interne en stage aux urgences ait un rôle primordial dans le repérage des femmes victimes de violences conjugales ?

- OUI
- NON
- Ne se prononce pas

22- Quel est votre lieu d'exercice/lieu de stage aux urgences ?

23- Connaissez-vous dans votre entourage ou avez-vous déjà subi des violences dans le cadre conjugal ?

Repérage des violences conjugales faites aux femmes : état des lieux des pratiques des internes et médecins urgentistes dans les services d'accueil des urgences adultes en Aquitaine.

Contexte :

Chaque année, en moyenne en France, 219 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint. Devant le nombre croissant de consultation aux urgences, les urgentistes sont au premier plan pour repérer et prendre en charge ses victimes. Ils restent cependant peu formés durant leurs études, et se retrouvent en difficultés devant ces femmes. L'objectif principal de cette étude est de déterminer la proportion de médecins urgentistes et d'internes en médecine ayant déjà réalisé un repérage des VC faites aux femmes dans un SAU.

Méthode :

Etude épidémiologie quantitative descriptive transversale multicentrique, réalisée du 4 février 2019 eau 2 mai 2019. Un questionnaire a été envoyé par mail, aux internes en médecine générale ayant commencés leur internat à partir de novembre 2016, incluant ceux inscrits au DESC de médecine d'urgence, ainsi que les internes du DES de médecine d'urgence à partir de novembre 2017, ainsi qu'aux médecins thésés qui exerçaient dans un SAU, dans un centre hospitalier périphérique en Aquitaine, hors-CHU.

Résultats :

Deux cent onze médecins urgentistes et/ou internes en médecine générale, DESC ou DES de médecin d'urgence ont répondu à notre questionnaire. 74,9% d'entre eux déclarent avoir déjà réalisé un repérage des VC faites aux femmes dans un SAU mais pas de manière systématique. 86,3% répondent que le médecin urgentistes/l'interne a un rôle primordial dans le repérage des VC faites aux femmes. 81% de notre population ne se sent pas bien formé, ni informé concernant le repérage des VC faites aux femmes. 50,7% de notre population ne connaît pas l'existence du référent violences faites aux femmes dans leur lieu d'exercice/de stage.

Conclusion :

Notre étude souligne que les médecins urgentistes et les internes prennent conscience du fléau des VC mais ne réalise encore de repérage de manière systématique, principalement par manque de formation.

Discipline : Médecine générale

Mots clés : violences conjugales, repérage, étude des pratiques, violences faites aux femmes, prise en charge.

Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma
langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.