



HAL
open science

Faisabilité d'un dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences adultes. Identification des limites et des attentes à la réalisation d'un dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences adultes

Damien Cagnard

► To cite this version:

Damien Cagnard. Faisabilité d'un dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences adultes. Identification des limites et des attentes à la réalisation d'un dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences adultes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02969299

HAL Id: dumas-02969299

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02969299>

Submitted on 16 Oct 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.

Faisabilité d'un dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences adultes

Identification des limites et des attentes à la réalisation d'un dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences adultes

THESE DE MEDECINE

Présenté publiquement et soutenu devant

LA FACULTE DE MEDECINE DE NICE

le vendredi 12 juin 2020

Par CAGNARD Damien
Né le 01 mai 1984 à Nice

En vue de l'obtention du grade de Docteur en Médecine
D.E.S Médecine d'urgence

Membres du Jury de la Thèse

Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT

Président du Jury

Madame le Professeur Véronique ALUNNI

Assesseur

Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE

Assesseur

Monsieur le Docteur Damien MASSALOU

Directeur de Thèse

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	Pr. BAQUÉ Patrick
Vice-doyens	Pédagogie : Pr. ALUNNI Véronique Recherche : Pr DELLAMONICA Jean Etudiants : M. JOUAN Robin
Chargé de mission projet Campus	Pr. PAQUIS Philippe
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. BAQUÉ Patrick Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BERNARDIN Gilles Réanimation Médicale (48.02)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BOILEAU Pascal Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DARCOURT Jacques Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DRICI Milou-Daniel Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent Néphrologie (52-03)
M. FUZIBET Jean-Gabriel Médecine Interne (53.01)
M. GILSON Éric Biologie Cellulaire (44.03)
M. GUGENHEIM Jean Chirurgie Digestive (52.02)
M. HASSEN KHODJA Reda Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme ICHAI Carole Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LACOUR Jean-Philippe Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. LEFTHERIOTIS Georges chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M. MARQUETTE Charles-Hugo Pneumologie (51.01)
M. MARTY Pierre Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme PAQUIS Véronique Génétique (47.04)
M. PAQUIS Philippe Neurochirurgie (49.02)
M. PRADIER Christian Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. QUATREHOMME Gérald Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. ROBERT Philippe Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SCHNEIDER Stéphane Nutrition (44.04)
M. THYSS Antoine Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. TRAN Albert Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence Pédopsychiatrie (49.04)
M. BARRANGER Emmanuel Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne Pédiatrie (54.01)
M. BONGAIN André Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme BREUIL Véronique Rhumatologie (50.01)
M. CASTILLO Laurent O.R.L. (55.01)
M. CHEVALLIER Patrick Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. DE PERETTI Fernand Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. FERRARI Émile Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. FONTAINE Denys Neurochirurgie (49.02)
M. GIBELIN Pierre Cardiologie (51.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. LEVRAUT Jacques Médecine d'urgence (48.05)
M. LONJON Michel Neurochirurgie (49.02)
M. MOUNIER Nicolas Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PASSERON Thierry Dermato-Vénéréologie (50-03)
M. PICHE Thierry Gastro-entérologie (52.01)
Mme RAYNAUD Dominique Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric Médecine Interne (53.01)
M. STACCINI Pascal Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre Neurologie (49.01)
M. TROJANI Christophe Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ANTY Rodolphe Gastro-entérologie (52.01)
M. BAHADORAN Philippe Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie Ophtalmologie (55.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENIZRI Emmanuel Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel Psychiatrie (49.03)
M. BERTHET Jean-Philippe Chirurgie Thoracique (51-03)
M. BOZEC Alexandre ORL- Cancérologie (47.02)
M. BREAUD Jean Chirurgie Infantile (54-02)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. CHEVALIER Nicolas Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme CHINETTI Giulia Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. CLUZEAU Thomas Hématologie (47.01)
M. DELLAMONICA Jean réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. FAVRE Guillaume Néphrologie (44-02)
M. FOURNIER Jean-Paul Thérapeutique (48-04)
Mme GIORDANENGO Valérie Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
M. GUÉRIN Olivier Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M. IANNELLI Antonio Chirurgie Digestive (52.02)
M. ILIE Marius Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. JEAN BAPTISTE Elixène Chirurgie vasculaire (51.04)
M. ROHRICH Pierre Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Christian rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. VANBIERVLIEET Geoffroy Gastro-entérologie (52.01)

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
M. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M. CAMUZARD Olivier Chirurgie Plastique (50-04)
Mme CONTENTI-LIPRANDI Julie Médecine d'urgence (48-04)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
M. MASSALOU Damien Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
M. MONTAUDIE Henri Dermatologie (50.03)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
M. SAVOLDELLI Charles Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47.03)
M. SQUARA Fabien Cardiologie (51.02)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)

Mme THUMMLER Susanne Pédiopsychiatrie (49-04)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)
Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS HONORAIRES

M. AMIEL Jean
M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre

M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HOFLIGER Philippe
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. HONORAIRES

M. ARNOLD Jacques
M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard M

Table des matières

PARTIE I	8
I. INTRODUCTION	8
II. MATERIEL ET METHODES.....	10
a. Type d'étude	10
b. Définition des cohortes.....	10
III. RESULTATS	10
IV. DISCUSSION.....	12
V. CONCLUSION	14
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	15
PARTIE II	17
I. INTRODUCTION	17
II. MATERIELS ET METHODES.....	18
a. Type d'étude	18
b. Définition des cohortes.....	18
III. RÉSULTATS	18
IV. DISCUSSION.....	22
a. Recommandations et perspectives	24
V. CONCLUSION	25
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	25
ADDENDUM.....	28
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	29

PARTIE I

Faisabilité d'un dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences adultes

I. INTRODUCTION

La violence conjugale est définie par l'OMS comme « *tout acte de violence au sein d'une relation intime qui cause préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie* » (1). Il existe alors au sein du couple, une relation asymétrique avec un climat de peur, de tension permanente qui va s'aggraver et s'amplifier au cours du temps. Cette violence est plurielle et peut être physique, psychologique, sexuelle et d'intensité variable. Elle touche tous les types de couple, qu'ils soient hétérosexuels ou homosexuels (2).

Dans les pays occidentaux, la prévalence est comprise entre 1 et 6.3 % ; en France, la prévalence est de 2.3% en 2000(1,3). En France, entre 2011 et 2017, il y avait chaque année 432 000 victimes de violences intrafamiliales dont 71% étaient représentées par des femmes entre 18 et 75 ans, et 70% étaient victimes de violences conjugales (4). Parmi ces femmes victimes, seulement 19 % déclarent avoir déposé plainte à la suite de ces violences (2). Durant l'année 2018, 121 femmes et 28 hommes ont été tués par leur conjoint ou ex-conjoint (5). L'impact est majeur avec 82 enfants devenus orphelins à la suite des homicides au sein du couple (5). Dans 80 % des cas, l'auteur des violences est le conjoint mais il peut également s'agir de l'ex-compagnon ou d'un partenaire occasionnel (6). Les facteurs favorisant le passage à l'acte de l'agresseur sont l'alcoolisme chronique, la jalousie en cas de séparation et la différence de milieu culturel (6). Les facteurs de risque liés au couple sont la précarité, les difficultés économiques, la grossesse et la naissance d'un enfant (6,7). Mais l'ensemble des femmes quel que soit l'âge, le statut socio-économique, la profession peut être concernée (8).

Il s'agit donc d'un problème important de santé publique avec un retentissement physique, psychologique (50% des femmes victimes ont des signes de dépression (9)) et économiques (arrêt de travail, dépense de santé) (7). Les victimes s'estiment en moins bonne santé, avec plus d'affections chroniques, et des hospitalisations plus fréquentes (10).

Au niveau lésionnel, le visage est fréquemment atteint, mais les lésions peuvent être multiples, superficielles et d'âge différent (6). Elles peuvent être graves voire mortelles.

Le domicile est le lieu principal de ces violences et les enfants sont les premiers témoins ; dans 10% des cas ils peuvent à leur tour devenir les victimes (8,10). En 2018, 21 enfants mineurs sont décédés, tués par un de leurs parents dans un contexte de violences au sein du couple (5).

Entre 2011 et 2015, dans les Alpes-Maritimes, 89% des féminicides ont eu lieu au domicile ; en cas de consultation dans un service d'accueil des urgences, le motif de consultations ne mentionnait jamais le contexte de violence conjugale (11).

En 2019, en lien avec une prise de conscience de la société, le gouvernement a ouvert un « *Grenelle des violences conjugales* ». L'objectif était de prendre des engagements concrets et collectifs afin de lutter contre ces violences. Plusieurs mesures ont été annoncées afin de protéger les femmes victimes (places d'hébergement, mesure

d'éloignement des auteurs) et surtout la possibilité pour les professionnels de santé de lever le secret médical (12). Ainsi tout médecin « *ayant l'intime conviction que sa patiente est en danger vital immédiat [...] peut en informer le procureur de la République* »(13).

Néanmoins, le diagnostic est difficile car il n'existe pas de signe pathognomonique pour détecter les victimes ; les profils sont multiples. Un motif peut s'avérer évocateur : des consultations médicales fréquentes pour des motifs variés et peu précis (7).

Le professionnel de santé quel que soit sa pratique, doit y penser dans le cadre de sa consultation. En effet, 80% des femmes victimes de violence auraient aimé qu'un praticien leurs posent la question de l'existence de violence conjugale (14). Les différentes études ont prouvé l'importance et l'intérêt de ce dépistage dans la prise en charge des victimes : ceci est d'autant plus important du fait de la fréquence et la gravité de ces violences (15,16).

Les outils de dépistages sont multiples, qu'il s'agisse de questionnaire écrit ou d'une question orale et directe (17). L'HAS a émis des recommandations en 2019 pour le dépistage des femmes victimes de violences. L'HAS indique que le questionnement systématique est bien accepté par les patients, et que cette démarche de dépistage constitue l'étape initiale dans la prise en charge des victimes. Elle devrait être réalisée par des questions ouvertes (2). Et même si la réponse s'avère négative, la victime identifie un professionnel « *ressource* » qui est sensibilisé à cette problématique et à qui elle pourra le moment venu, lui parler.

L'HAS précise que « *ces recommandations s'adressent plus particulièrement aux professionnels de santé intervenant en premier recours* » comme le sont le médecin généraliste et l'urgentiste (2).

Le service des urgences comme « *porte d'entrée* » de l'hôpital joue un rôle majeur et doit permettre le dépistage de ces patients-victimes. Le praticien peut y sembler plus « *neutre* » par rapport au médecin traitant habituel qui connaît l'organisation familiale. L'intérêt du dépistage au sein des services des urgences a été confirmé par différentes études (18,19). Si ce dépistage a montré son efficacité, les freins sont organisationnels et lié à l'acceptabilité par les professionnels (14,20). Une thèse réalisée en 2019 auprès des médecins généralistes, confirme que les praticiens sont convaincus de l'utilité de ce dépistage, mais qu'ils ne le réalisent pas d'une façon systématique pour des raisons de temps, de formation ou de tabou (21).

Après extraction des données issues du logiciel utilisé aux urgences adultes du CHU de Nice, durant l'année 2018, 201 femmes ont consulté pour le motif de violence conjugale, ce qui représente 0.13% des consultations des patientes. Avec 98 050 passages aux urgences adultes de Nice dont 45 886 femmes, et considérant une prévalence de 2%, environ 918 femmes auraient été victimes de violences conjugales et 717 d'entre elles auraient pu être dépistées.

L'objectif principal de notre étude était de vérifier la faisabilité de la réalisation d'un dépistage systématique de la violence conjugale sur l'ensemble des patients consultant au Service d'Accueil des Urgences adultes du CHU de Nice par les médecins urgentistes. L'objectif secondaire était d'analyser la prévalence et les différents types de violence dans la population consultant aux urgences adultes.

II. MATERIEL ET METHODES

a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle, transversale, monocentrique réalisée au sein du service d'accueil des urgences adultes du CHU de Nice du 30 mai 2019 au 27 juin 2019.

b. Définition des cohortes

Critère d'inclusion : tout patient consultant aux urgences adultes du CHU de Nice

Critères de non-inclusion :

- Mineurs
- Victimes de violence (conjugale, rixe, autres)
- Patients dirigés directement vers les urgences gynécologiques, psychiatriques, ophtalmiques ou dentaires
- Patients ayant bénéficiés d'une prise en charge directe au déchocage

Critère d'exclusion :

- Refus de participation à l'étude

Les données analysées : Pour chaque patient inclus dans l'étude, nous avons recueilli, les données suivantes :

- Age
- Sexe
- Le motif de consultation aux urgences
- La réponse positive ou négative concernant le dépistage de violence
- Une venue précédente aux urgences et le motif de consultation
- Les conduites à tenir proposées au patient

La question « *avez-vous été victime de violence dans votre enfance, dans votre vie professionnelle ou personnelle ?* » devait être posée aux patients par les médecins (internes et séniors). En cas de réponse positive, les praticiens devaient le notifier au sein du logiciel utilisé aux urgences ("Terminal Urgence - TU"), préciser le type de violence et la conduite à tenir proposée. En cas de réponse négative celle-ci était également notifiée dans le même logiciel et permettait de quantifier le nombre de dépistage effectué.

Les données ont été traitées sur tableur Microsoft Excel 365© avec le logiciel XLSTAT©

Critère de jugement : le critère de jugement principal était de dépister les personnes victimes de violence par la réalisation d'un dépistage systématique de l'ensemble des patients. Secondairement, les objectifs étaient de différencier les différents types de violences et de connaître la prévalence des violences admises aux urgences de Nice.

III. RESULTATS

Au total, 52 personnes ont été signalées dans le logiciel "Terminal Urgence" comme victimes de violence. Quinze patients ont été exclus de l'analyse car leurs motifs de consultation étaient en rapport avec une situation de violence (rixes, violence conjugale ou familiale) et cela ne rentrait pas dans le cadre du dépistage. Ainsi la question directe de dépistage a été posée à 37 personnes entre le 30 mai 2019 et le 27 juin 2019 sur 6022 entrées aux urgences (figure 1).

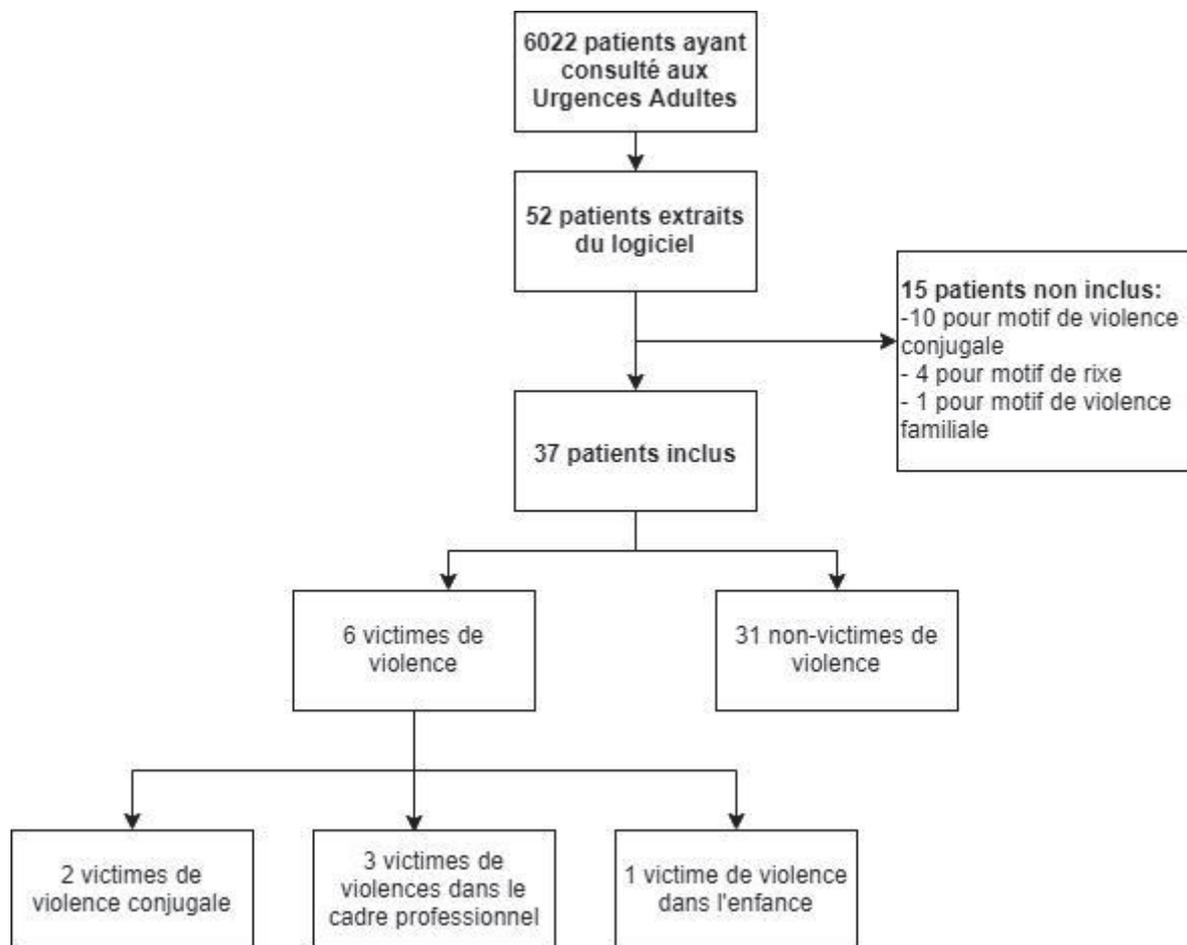


Figure 1. Diagramme de flux

Les caractéristiques démographiques de la population étudiée sont présentées dans le tableau 1. Les femmes étaient majoritaires (56%), la médiane d'âge était de 33 ans [21-53]. La question a été posée en moyenne une fois par jour.

Tableau 1. Répartition de la population en fonction de l'âge et du sexe (pourcentage par rapport à la population totale)				
	n=37	Réponse OUI n=6	Réponse NON-n= 31	
Femme	21 (56%)	3 (8%)	18 (48%)	
Homme	16 (43%)	3 (8%)	13 (35%)	
Age moyen	37 [21-53]	42 [27-57]	37 [21-53]	P=0.439

Après un mois d'étude et 37 dépistages effectués, nous avons eu six réponses positives. Deux personnes se disaient victimes de violences conjugales, une victime de violence dans l'enfance et trois victimes de violence dans le cadre professionnel (tableau 2).

Tableau 2. Répartition en fonction du type de violence, de l'âge et du sexe				
	Total	Femme	Homme	Age moy (ic95)
Professionnelle	3	1	2	38
Conjugale	2	2	0	34
Enfance	1	0	1	73
N=	6	3	2	42 [27-57]

Il y avait autant de réponse d'hommes que de femmes au cours du dépistage. Les victimes de violence conjugale étaient majoritairement des femmes (66%); 50% des réponses étaient liées à des violences dans le cadre professionnel.

Tableau 3. Répartition en fonction du type de violence, le motif de consultation et la venue pour le même motif			
	Total	Motif de consultation	Consultation précédente pour le même motif
Professionnelle	3	Sciatique Douleur thoracique AVP	Oui Oui Non
Conjugale	2	Abcès inguinal Ethylisme aigue	Oui Oui
Enfance	1	Ethylisme aigue	Non
N=	6		4 (67%)

Concernant les violences conjugales, les deux patientes avaient déjà consulté pour le même motif. Pour les violences dans un contexte professionnel, les motifs sont diversifiés (douleur thoracique, sciatique hyperalgique, accident de la voie publique) (tableau 3).

IV. DISCUSSION

Le dépistage au cours de notre étude n'a pas été significatif en termes de réponse avec seulement 0.6 % des patients interrogés. Les six réponses positives ont mis en évidence une diversité des types de violence à savoir conjugal, professionnel et infantile. Les motifs de consultations étaient variés, sans réelles lésions somatiques identifiées. Concernant les deux dépistages de violence conjugale, les victimes étaient déjà venues pour le même motif sans que la notion de violence ait été évoqué précédemment.

Nous avons proposé à chacun des patients une prise en charge adaptée avec le soutien de l'assistante sociale, d'une psychologue et du médecin psychiatre de garde.

Différentes études ont permis de montrer l'efficacité de la question systématique pour le dépistage de la violence conjugale, au cours d'une consultation de médecine générale (22,23). Les limites de la non-réalisation quotidienne de ce dépistage étaient en lien avec les professionnels qui évoquaient une gêne, un manque de formation ou quelques fois le manque d'intérêt (22,24). Une étude réalisée par une sage-femme se conclue par les mêmes éléments : le dépistage est utile mais insuffisamment pratiquée pour les raisons suscitées (25).

Par rapport aux données de la littérature, il s'agit de la première étude portant sur le dépistage systématique des violences conjugales par question directe de tout patient consultant aux urgences et par l'ensemble des médecins. Un travail publié en 2019 confirme l'intérêt de ce dépistage aux urgences mais était pratiqué par une seule personne posant la question uniquement aux femmes (19). Ce travail a pu montrer une forte acceptabilité d'un tel dépistage par ces patientes.

Au sein des services d'accueil des urgences adultes, les études concernant le dépistage ont été réalisées à l'aide d'un questionnaire. Dans trois travaux, cet outil n'a été distribué qu'aux femmes et a permis une inclusion d'un plus grand nombre de patientes par rapport à notre étude (14,18,19). Au sein des urgences de l'hôpital Cochin à Paris, la distribution d'un questionnaire de dépistage de violence conjugale durant deux mois a permis de dépister 30% de victime en plus par rapport à une autre période (26). Un autre travail réalisé aux urgences du Centre Hospitalier de Lens confirmait l'efficacité du dépistage par l'intermédiaire d'un questionnaire et la bonne acceptabilité par les patientes (20). Plusieurs travaux se rapprochent du nôtre : une étude réalisée au sein des urgences du CH d'Aulnay-Sous-Bois où une interne a questionné durant une semaine, 24h sur 24h, l'ensemble des patients de sexe féminin

consultants aux urgences (19). Du fait de l'implication de l'investigatrice, 256 patientes ont pu être incluses dans son étude (19). Au CH de Pau, 3 personnes (un médecin et deux étudiants) ont réalisé ce dépistage systématiquement durant 7 jours, de l'ensemble des patients de sexe féminin (27). Ils ont eu un taux de réponse de 77% avec 56% des patients exprimant le fait d'avoir été victime de violence. Le taux d'adhésion est majeur avec 99% des femmes qui déclaraient être favorable à dépistage systématique et cela indifféremment du statut de victime ou non (27).

Nous avons fait le choix de réaliser un dépistage par l'intermédiaire d'une question directe et orale aux patients des deux sexes, en accord avec les recommandations de 2019 de l'HAS (2). La principale limite de l'objectif principal est le taux de réponse qui est très faible avec moins de 15% des praticiens des urgences qui ont posé la question. Un travail effectué au CHU de Poitiers était assez similaire au notre, l'objectif était de réaliser un dépistage de l'ensemble des patients par une question orale et par l'utilisation de trois questionnaires distribués par l'infirmier d'accueil durant une durée d'un mois. Avec 43 dépistages par l'intermédiaire de la question directe, ils ont obtenu un taux de réponse de 1.08 % quasiment similaire au nôtre avec 37 dépistages (0.6%) (28).

La comparaison de notre taux de participation par rapport à la littérature est difficile, car les études avec un dépistage systématique de l'ensemble des patients par une question directe et orale sont rares. Les différents travaux pratiqués au sein d'un service d'urgence l'ont été par l'intermédiaire d'un questionnaire (14,18,20) ou bien avec une méthodologie différente (28).

Ce faible taux de participation peut être expliqué par plusieurs facteurs :

- Le choix de réaliser ce dépistage par l'ensemble des praticiens a pu avoir un impact négatif sur le déroulement du dépistage. Les formations, les multiples relances et la présence de l'investigateur régulièrement au sein du service n'ont peut-être pas été suffisants pour impliquer les praticiens dans ce dépistage.
- La réalisation de la même étude par un seul praticien durant un temps donné aurait pu permettre un meilleur taux de participation comme le travail effectué à l'hôpital d'Aulnay-sous-Bois (19). Nous avons convenu d'impliquer l'ensemble des praticiens afin d'essayer de dépister tous les patients durant un mois.
- Le mois durant laquelle l'étude a eu lieu fut particulièrement chargé en matière de fréquentation avec la mise en action du plan "hôpital en tension".
- Le manque de formation initiale et continue des urgentistes concernant le dépistage des violences conjugales.
- La difficulté d'identifier clairement une équipe d'aval afin d'adresser la victime pour lui proposer une prise en charge adaptée.

Cette faible participation au dépistage des violences subies fait poser la question de l'implication des médecins urgentistes sur la problématique des violences subies par les patients consultants aux urgences et dont ce n'est pas le motif initial de consultation.

Ce résultat est similaire aux différentes études réalisées aux urgences ou en médecine générale, la prise en charge des victimes de violence conjugale pourrait être améliorée par l'implication et la disponibilité des équipes médicales et paramédicales (14).

Du fait de cette prise de conscience et dans la continuité du « Grenelle contre les violences conjugales », la Société Française de Médecine d'Urgence a affirmé en novembre 2019 son engagement pour améliorer la prise en charge de ces violences avec la mise en place de recommandations (29) :

- Créer un réseau d'expert constitué des intervenants du secteur judiciaire, médical et social afin de consolider les bonnes pratiques pour la prise en charge des violences. Il doit être complété par un réseau de soin de proximité afin de créer un maillage local et lutter contre l'isolement des différents praticiens libéraux (médecin généraliste, pharmacien, sage-femme). En effet, les praticiens évoquent le fait de ne pas être formé sur la prise en charge et ne savent pas vers qui adresser les victimes sur le plan juridique et social (21,24).
- La création et la mise en place d'indicateurs afin de recenser et comptabiliser l'activité en lien avec le dépistage et la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Pour donner suite à ces propositions, il peut sembler pertinent de créer des comités de lutte contre les violences conjugales similaire à ceux de lutte contre la douleur (CLUD) ou contre les infections nosocomiales (CLIN). La finalité étant de coordonner l'action de professionnel de santé dans le domaine de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des violences conjugales au sein des différents services hospitalier public ou privé. Du fait de la difficulté de la prise en charge au niveau médical, psychologique ou juridique ; une équipe mobile peut s'avérer utile. Celle-ci dans un fonctionnement similaire aux équipes actuelles de soins palliatifs ou de prise en charge de la douleur, pourrait avoir un rôle de renfort des professionnels de santé.

Une formation sur la psychologie des victimes et la compréhension de leurs besoins s'avère nécessaire pour les médecins urgentistes afin qu'ils adhèrent à la réalisation de ce dépistage. Du plus, cette formation permet de rappeler les enjeux en matière de santé publique et surtout l'impact sur la santé de cette violence. Un médecin formé et informé sera d'autant plus à l'aise afin de dépister et proposer une prise en charge adapté à ces victimes (18). Le praticien même dans le contexte des urgences doit pouvoir s'adapter à la victime et lui rappeler la légitimité de son statut.

La formation doit être fréquente, évolutive et doit concerner l'ensemble des personnels. Il est également indispensable d'avoir une personne "*ressource*" ou "*référente*" dans chaque catégorie professionnelle afin d'être apte à apporter un soutien, une aide et des conseils à des collègues pouvant se trouver en difficulté. La formation au dépistage des violences se doit d'être la plus précoce afin que les étudiants n'aient pas ce frein qui peut exister chez les praticiens plus âgés. Ce dépistage doit être une habitude dans l'interrogatoire réalisé par les médecins en formation, comme une « constante » ; similaire à celle du poids, de l'âge ou de la prise de toxique. De plus, dans le contexte de donner aux professionnels non-médecins des compétences élargies, nous pourrions envisager la possibilité de réaliser ce dépistage par d'autres soignants comme les infirmiers.

Notre étude, a permis à son niveau de montrer qu'une question ouverte peut dépister plusieurs types de violences et cela sans rapport avec le motif de consultation. Le facteur limitant est l'implication des urgentistes sur la problématique des violences et son dépistage.

V. CONCLUSION

L'opinion publique et les instances gouvernementales se sont investies dans différents plans ministériels et lois afin de lutter contre les violences conjugales. La lutte contre les violences conjugales est un enjeu majeur de santé publique.

La question systématique est un outil simple qui permet un dépistage efficace de la violence. Ce travail a mis en évidence le manque d'implication des différents professionnels de santé dans la réalisation d'un dépistage systématique.

Les campagnes de sensibilisation se doivent d'être poursuivies auprès des professionnels de santé en exercice ou en formation. Les urgentistes doivent prendre conscience du rôle prépondérant qu'ils peuvent jouer dans la réalisation de ce dépistage et la lutte contre les violences conjugales.

Une étude complémentaire s'avère nécessaire afin de comprendre les raisons pour lesquelles l'urgentiste n'effectue pas ce dépistage et qu'elles seraient ses attentes afin de le réaliser.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. World report on violence and health. Geneva; 2002. 346 p.
2. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. 2019 p. 53.
3. Guillaum M-T, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Rev d'Épidémiologie Santé Publique. sept 2014;62:S252.
4. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2018 [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2018>. [cité 27 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2018>
5. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2018. Délégation aux Victimes : Ministère de l'Intérieur ; 2018.
6. Baccino É. Chapitre 5 - Violences conjugales. In: Baccino É, éditeur. Médecine Légale Clinique [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2014 [cité 13 déc 2019]. p. 51-60. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294740541000055>
7. Ronai E, Garcia A. Chapitre 20 - Les violences faites aux femmes. In: Schmitt M, éditeur. Bien-être et qualité de vie - Tome 2 [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2015 [cité 13 déc 2019]. p. 239-49. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294744655000207>
8. Vasseur P. Profil de femmes victimes de violences conjugales. Presse Médicale. 1 déc 2004;33(22):1566-8.
9. Hilberman E, Munson K. Sixty battered women. Victimology. 1977;2(3-4):460-70.
10. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. La Doc française : Ministère de la santé.; 2001.
11. Servant M. Femmes décédées de violences conjugales dans le département des Alpes-Maritimes entre 2011 et 2015 : parcours médical, social et judiciaire. Université De Nice Sophia-Antipolis; 2016.
12. Clôture du Grenelle contre les violences conjugales | Gouvernement.fr [Internet]. [cité 28 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/11289-cloture-du-grenelle-contre-les-violences-conjugales>
13. Violences conjugales et signalement [Internet]. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2019 déc. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/violences-conjugales-signalement>
14. Gicquel-Schlemmer B, Wolff V, Hamid M, Steinmetz J-P, Tschassem-Kenmegne S, Jaeger A, et al. Violence conjugale: épidémiologie, prise en charge et devenir des victimes reçues dans un service d'urgence. J Eur Urgences. 1 mai 2007;20(1, Supplément):214.
15. Rinfret-Raynor M, Turgeon J. Dépistage systématique de la violence conjugale. Réflexion théorique et développement d'un protocole. Serv Soc. 12 avr 2005;44(2):57-90.
16. Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains; 2014.
17. Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. J Fam Pract. oct 2000;49(10):896-903.
18. Vareille C, Claessens Y-E, Allo J-C, Ginsburg C, Tissier A, Pourriat J-L, et al. Amélioration du dépistage et optimisation de la prise en charge des violences conjugales aux urgences de Cochin. J Eur Urgences. 1 juin 2009;22:A183-4.
19. Ferrari M, Brosin-Doutaz F. Intérêt d'un dépistage systématique, fait aux urgences, des violences intra familiales contre les femmes. In Paris; 2019.
20. Estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens [Internet]. [cité 13 déc 2019]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-10393>

21. Peiffer T. Que modifie l'apport du score diagnostique HITS de dépistage des violences faites aux femmes dans le vécu des médecins généralistes. Une étude qualitative. Université De Nice Sophia-Antipolis; 2019.
22. Coy christel. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCP. [PARIS VI]: Université Paris Vi – Pierre Et Marie Curie; 2005.
23. Dhuny Dn. Violences conjugales : vers un dépistage systématique par les médecins généralistes lorrains. [Faculté de NANCY]: Université De Lorraine; 2012.
24. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Université Paris Diderot - PARIS 7; 2013.
25. Cillart L, Parayre I, Pereira B, Desmartin C, Leymarie M-C. État de lieux des pratiques du dépistage des violences conjugales en Auvergne. Rev Sage-Femme. 1 nov 2017;16(5):296-302.
26. CP157 - Violences conjugales : un simple questionnaire anonyme peut-il aider au dépistage systématique ? [Internet]. [cité 13 déc 2019]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/communications/resume/resume_157.htm
27. Eygun-Audap J, Broisin-Doutaz F. Intérêt d'un dépistage systématique aux urgences des violences conjugales. In Société Française de médecine d'urgence; 2017. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/bus/media/med_id/1714/fic_id/6226
28. O'Neill RO. Dépistage des patients victimes de violence aux urgences adultes du CHU de Poitiers [Internet]. [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/56196>
29. SFMU. Communiqué de presse La SFMU s'engage dans l'amélioration du dépistage et de la prise en charge par les services d'urgence des violences sexuelles faites aux femmes : [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-la-sfm/communique-de-presse/act_id/173

PARTIE II

Identification des limites et des attentes à la réalisation d'un dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences adultes

I. INTRODUCTION

L'OMS définit la violence conjugale comme « *tout acte de violence au sein d'une relation intime qui cause préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie* » (1).

La prévalence est comprise entre 1 et 6.3% dans les pays occidentaux (1,2). En France, en 2018, 121 femmes et 28 hommes ont été tués par leur conjoint ou ex-conjoint (3). L'ensemble des femmes quel que soit l'âge, le statut socio-économique, la profession peuvent être concernées (4). Du fait d'une incidence de quasiment 220 000 personnes par an, il s'agit d'un problème majeur de santé publique avec un retentissement physique, psychologique ou économiques pour les victimes (4,5).

En cas de violence au sein d'un couple hétérosexuel ou homosexuel, la relation va être asymétrique avec un climat de tension permanente qui va s'amplifier jusqu'au stade de la violence qui peut être physique, psychologique ou sexuelle (6).

La prise de conscience par la société et les politiques est récente avec la mise en place de recommandations de bonne pratique pour le dépistage des victimes de violence conjugale (6,7). Si les outils de dépistage sont nombreux, la question ouverte semble la plus efficace (8,9).

Même si le questionnement systématique est bien accepté par les patients, les professionnels de santé de premiers recours le pratiquent rarement, que ce soit le médecin urgentiste ou le médecin généraliste (10–12). Cela peut être dû à une mauvaise acceptabilité et à des difficultés organisationnelles (12–14).

Un travail préliminaire que nous avons effectué a montré une faible participation des médecins urgentistes afin de réaliser un dépistage de tous les patients consultants au service d'accueil des urgences. Cette étude a permis de dépister six victimes de violence (conjugales, professionnelle et dans l'enfance), alors que le motif initial de consultation n'était pas en lien avec cette problématique.

Les études portant sur les obstacles à la réalisation d'un dépistage sont nombreuses en médecine générale ou chez les sages-femmes (12,15–17). Un sentiment de malaise est souvent évoqué par ces praticiens par rapport au questionnement de leur patient par rapport à ce thème. Ils précisent se sentir en difficulté, en manque d'assurance face aux victimes. Le dépistage systématique, pour les médecins généralistes, n'a pas sa place dans l'exercice courant (12,18). L'image stéréotypée des victimes par le médecin généraliste fait que la méthode qui leur semble la plus adaptée est le dépistage ciblé alors que cela va à l'encontre des recommandations et des différentes études sur le sujet(6,18). Un travail effectué auprès de sages-femmes confirme un ressenti et des difficultés identiques à celui des médecins généralistes (16).

Nous avons souhaité savoir si les obstacles évoqués précédemment chez les médecins généralistes sont également présents chez les médecins urgentistes.

L'objectif principal de notre travail est d'identifier et d'évaluer les freins à la réalisation d'un dépistage par question orale et directe par les médecins urgentiste. L'objectif secondaire est d'étudier les attentes de ces praticiens vis-à-vis de cette problématique.

II. MATERIELS ET METHODES

a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique, prospective portant sur l'ensemble des médecins exerçant au sein du service d'accueil des urgences adultes du CHU de Nice. Cette étude a été réalisée du 1^{er} au 31 juillet 2019 au travers d'un questionnaire standardisé adressé à tous les médecins. Celui-ci (annexe 1) a été construit après une revue de la littérature sur le thème du ressenti des médecins face à la réalisation du dépistage des violences conjugales (12,15,17,18).

Nous avons fait le choix de ne pas limiter le nombre de réponse pour les questions à choix multiples afin de recueillir la diversité du ressenti des praticiens. De plus, nous avons permis une réponse libre pour pouvoir étudier les propositions que nous n'avions pas envisagées.

b. Définition des cohortes

- Critères d'inclusion : tout médecin travaillant aux urgences du CHU de Nice.
- Critères de non-inclusion : les internes effectuant des gardes ponctuelles au sein du service d'accueil des urgences de Nice
- Critères d'exclusion : les praticiens refusant de répondre
- Les données analysées : Pour chacune des réponses des praticiens, nous avons recueilli les données suivantes :
 - o Âge
 - o Sexe
 - o Statut professionnel (interne, praticien hospitalier, contractuel, assistant, chef de clinique)
 - o Le nombre d'années d'expérience (internat inclus)
 - o Le fait d'avoir bénéficié d'une formation spécifique sur les violences conjugales
 - o Le délai écoulé depuis la formation (inférieur ou supérieur à 6 mois au moment du questionnaire)
 - o Dans quelle situation, les praticiens réalisent le dépistage des violences
 - o Les difficultés rencontrées par rapport à ce dépistage
 - o Les motifs expliquant la non-réalisation de ce dépistage
 - o Les attentes des praticiens vis-à-vis du dépistage.

L'ensemble des médecins était informé de l'étude en cours, de son caractère facultatif, de l'anonymat des réponses et de leurs analyses. Ils étaient libres d'y participer et le fait d'y répondre impliquait un accord tacite. Les données ont été colligées dans un fichier avec un numéro d'identification correspondant à chacune des réponses permettant l'anonymat des praticiens.

L'analyse descriptive a été réalisée pour l'ensemble de la cohorte. Les résultats sont exprimés en nombres (pourcentage). Le recueil des données a été réalisé via un formulaire créé sur la suite bureautique en ligne Google Documents©. Les données ont été traitées sur le tableur Microsoft Excel 365© avec l'aide du logiciel XLSTAT©.

III. RÉSULTATS

Au total, 76 praticiens exercent aux urgences adultes du CHU de Nice. Ils sont répartis de la façon suivante : 29 praticiens hospitaliers, 12 praticiens hospitaliers contractuels, 18 assistants, 1 chef de clinique et 16 internes.

Le questionnaire a été complété par 62 praticiens soit un taux de participation de 81%. Le tableau 1 représente la répartition des réponses en fonction du statut professionnel.

N total : 76	Internes (16)	Assistants/CCA (19)	PH/PHC (41)
Taux de réponses n=62(%)	16 (100 %)	16 (84%)	30 (73%)

Tableau 1. Taux de réponse en fonction du statut professionnel (n= 76) Les valeurs sont exprimées en nombre (pourcentage).

L'ensemble des réponses fut exploitable. Les questionnaires ont été remplis à 51% par des hommes et une majorité de praticien « sénior » (74%) répartis entre 25% d'assistants/chef de clinique (CCA) et 48% de praticien hospitalier/contractuel (PH/PHC). La population des praticiens séniors étant plus importantes, le nombre de réponse est donc plus élevé que celui des internes. Ces derniers étaient représentés à hauteur de 25% des réponses. Les hommes étaient majoritaires dans la population des PH/PHC (77%) avec une nette féminisation chez les internes (75%) et les CCA (69%). Le tableau 2 représente la répartition des réponses en fonction du sexe et du statut professionnel.

n= 62	Internes		Assistants/CCA		PH/PHC	
Réponse (pourcentage)	16 (25%)		16 (25%)		30 (48%)	
	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme
	12(19%)	4(6%)	11(18%)	5(7%)	7(11%)	23(37%)

Tableau 2. Répartition en fonction du sexe et du statut professionnel (n= 62) Les valeurs sont exprimées en nombre (pourcentage).

Les praticiens avec moins de cinq années d'expérience professionnelle représentaient 46% des répondeurs. Ceux avec plus de cinq années étaient 53% répartis comme suit : 22% entre 5 et 10 ans, 14% entre 10 et 15 ans et enfin 14% supérieur à 15 ans. Le tableau 3 représente cette répartition des réponses en fonction du statut professionnel, de la durée d'expérience et du sexe.

	< 5 ans d'expérience n= 30 (48%)			>5 ans d'expérience n=32 (52%)			
				5-10 Ans		10-15 ans	>15 ans
	Interne	Assistant	PH/PHC	Assistant	PH/PHC	PH/PHC	PH/PHC
	16(25%)	12(9%)	2(3%)	3(5%)	11(17%)	9(14%)	9(14%)
Femme	12	8	1	2	5	1	1
Homme	4	4	1	1	6	8	8

Tableau 3. Répartition en fonction du temps d'expérience, du statut professionnel et du sexe. n=62 Les valeurs sont exprimées en nombre (pourcentage).

Concernant la formation sur les violences conjugales, 29% soit 18 personnes disaient en avoir bénéficié avec majoritairement des praticiens seniors (77% de PH/PHC, Assistants et Chef de clinique). La majorité des participants à notre étude (71%) indiquaient n'avoir pas eu de formation particulière sur les violences conjugales. Le tableau 4 représente la répartition des praticiens ayant bénéficié d'une formation sur les violences conjugales et cela en fonction du statut professionnel.

		n=62	Internes (16)	Assistants (16)	PHC/PH (30)
Formation reçue sur les violences conjugales	Oui	18 (29%)	4 (25%)	4(25%)	10(33%)
	Non	44 (71%)	12(75%)	12(75%)	20 (66%)

Tableau 4. Formation reçue (pourcentage en fonction du statut professionnel - pourcentage en fonction de l'ensemble des médecins)

Parmi les 18 personnes ayant bénéficié d'une formation spécifique sur les violences conjugales, uniquement huit l'ont eu il y a moins de six mois. Le tableau 5 présente le délai depuis la formation, en fonction du statut professionnel.

		N=18	Internes (16)	Assistants (16)	PHC/PH (30)
Date de la formation	>6mois	10 (55%)	1 (6%)	2 (12.5%)	7 (23%)
	<6mois	8 (44%)	3	2	3

Tableau 5. Formation reçue (pourcentage en fonction du statut professionnel - pourcentage en fonction de l'ensemble des médecins)

Notre travail préliminaire avait eu un taux de participation faible, ce questionnaire permet d'établir que seuls 22% des médecins ont effectué un dépistage des violences conjugales durant notre étude. Les internes sont 16% à l'avoir réalisé et les seniors 18% repartis entre les assistants (6%) et les PH/PHC (12%). Le tableau 6 représente cette répartition.

		N=62	Internes (16)	Assistants (16)	PHC/PH (30)
Réalisation du dépistage durant l'étude préliminaire	Oui	22 (35%)	10 (16%)	4 (6%)	8 (12%)
	Non	40 (64%)			

Tableau 6. Réalisation du dépistage en fonction du statut professionnel

Concernant la pratique courante, 70 % des praticiens posent la question de la violence en cas de suspicion clinique et 50% en cas de lésions traumatiques. Seuls sept praticiens déclarent ne jamais réaliser de dépistage concernant les violences. Le tableau 7 présente la symptomatologie pour laquelle le dépistage de violence va être proposé.

	Internes	Assistants	PHC/PH	Total
	n=16	n=16	n=30	62
Lésions traumatiques	11 (68%)	10 (62%)	10 (33%)	31 (50%)
Suspicion clinique	9 (56%)	12 (75%)	22 (73%)	43 (70%)
Dépistage jamais réalisé	2 (12%)	0	5 (17%)	7 (11%)

Tableau 7. Symptomatologie présentée par le patient, à qui le dépistage de violence conjugale va être proposé. (Pourcentage en fonction du statut professionnel)

Concernant les réponses libres, sur 62 personnes interrogés, 26 réponses ont été formulées soit 42% des participants. Nous avons regroupé ces réponses en cinq catégories selon les raisons pour lesquelles le dépistage n'avait pas été réalisé, plusieurs difficultés étaient évoquées :

- Le dépistage et le manque de formation qui renvoyait à la difficulté " « [...]de parler de ce motif quand ils viennent pour autres choses » [Médecin 2].
- En rapport aux patientes du fait
 - o « *Opposition des patients à la prises en charge* » [Médecin 6],
 - o « *Peu d'envie [...] à communiquer dans ce genre de situation* » [Médecin 8].
- Le lieu qui est inadapté " *Ambiance non favorable à se confier* » [Médecin 17]
- Un tabou que représente la violence conjugale « *Ne pas oser poser la question* » et des difficultés "à amener la question » [Médecin 18].
- Les conduites à tenir à proposer avec un « *Manque de solution à proposer* » [Médecin 19].

Le tableau 8 détaille les différentes raisons pour lesquelles les praticiens n'avaient pas effectué le dépistage et cela en fonction du statut professionnel : 84% n'y pensent pas suffisamment et 60% ne l'ont pas réalisé du fait du manque de temps en estimant que le service est surchargé. Si le manque de formation est évoqué par 31% des réponses, il ne s'agit pas de la première raison expliquant la non-réalisation de ce dépistage.

Tableau 8. Répartition des motifs de la non-réalisation du dépistage des violences conjugales en fonction du statut professionnel du médecin (pourcentage)				
	Internes	Assistants	PH/PHC	Total
« Je n'y pense pas suffisamment »	14	14	24	52 (84%)
« Je n'ai pas assez de temps. Le service est surchargé »	7	11	19	37 (60%)
« J'aborderai le sujet si le patient m'en parle directement »	3	5	12	20 (32%)
« Je n'ai pas suffisamment de formation sur le dépistage systématique des violences »	10	5	4	19 (31%)
« Je n'ai pas suffisamment d'information sur le dépistage systématique des violences »	8	3	6	17 (27%)
« Le lieu et le contexte est inadapté pour réaliser ce dépistage »	5	4	4	13 (21%)
« Je crains que si la réponse s'avère positive, je ne sache pas quelle prise en charge proposer. »	5	4	2	11(18%)
« Il s'agit d'une question intrusive, je suis mal à l'aise par rapport aux patients »	3	1	6	10 (16%)
« Il s'agit d'une question intrusive, je pense que mes patients seront mal à l'aise »	3	2	5	10 (16%)
« Je crains que si la réponse s'avère positive, cela rallonge le temps de prise en charge de mon patient »	2	1	3	6(10%)
« Ce n'est pas à l'urgentiste de réaliser ce dépistage »	0	2	2	4 (6%)
« Je ne connais pas suffisamment les patients pour réaliser ce dépistage »	0	1	3	4 (6%)
« Le conjoint est présent lors de la consultation »	1	1	1	3 (5%)

« Ce n'est pas un dépistage utile à réaliser en systématique »	0	2	2	3 (5%)
« J'arrive à repérer les patients victimes de violences conjugales sans leur poser la question »	1	0	2	3 (5%)
« La réponse est évidente, je n'ai donc pas besoin de poser la question à chaque patient »	0	1	1	2 (3%)

Dans le tableau 10, nous avons répertorié les attentes des différents praticiens vis-à-vis du dépistage avec majoritairement un souhait d'un professionnel dédié (56% des réponses) et secondairement un souhait de formation avec la formulation de recommandations claires.

Tableau 10. Attente des professionnels concernant le dépistage en fonction du statut				
	Internes	Assistants	PH/PHC	Total
« Je voudrai un professionnel dédié afin d'adresser mon patient »	6	11	18	35 (56%)
« Je voudrai un interlocuteur unique pour prendre le relais »	3	9	10	22 (35%)
« Je voudrai des séances de formation »	6	8	7	21(34%)
« Je voudrais des recommandations claires »	4	7	8	19(31%)
« Je voudrais un outil efficace (questionnaire) »	6	3	10	19(31%)
« Je voudrais des séances d'information »	12	4	3	19 (31%)
« Je voudrais des séances de simulation »	2	0	2	4 (6%)
IOA	1		1	2 (3%)

IV. DISCUSSION

Les résultats obtenus sont similaires à ceux évoqués dans la littérature : les mêmes obstacles ont été retrouvés pouvant expliquer l'absence de réalisation du dépistage de violence conjugale aux urgences (10,12,14,18). Ce travail est malgré tout novateur car il a permis de recueillir des informations sur le ressenti et les attentes des médecins urgentistes concernant le dépistage et la prise en charge des violences conjugales.

La formation des médecins s'avère indispensable : dans notre travail 71% des praticiens indiquent ne pas avoir eu de formation sur les violences conjugales. Et parmi ceux en ayant bénéficié, 45% précisait qu'elle datait de plus de 6 mois.

Le manque de formation des praticiens fait perdurer les stéréotypes vis-à-vis des victimes d'autant plus que la physiopathologie des violences conjugales est spécifique et nécessite une compréhension du cycle de la violence (4,5,19). Dans la pratique quotidienne, les praticiens réalisent plus fréquemment un dépistage ciblé en fonction de la présence de symptomatologie clinique, alors que les recommandations préconisent d'effectuer un dépistage systématique (6). Les études effectuées auprès de médecins généralistes mettent en évidence que ces derniers ont

également une vision biaisée des violences conjugales et ceux-ci posent cette question en ciblant leur patientèle présentant des caractéristiques spécifiques (précarité, toxicomanie ...) (10,12,20,21).

Les médecins généralistes qui ont été formés au dépistage ont pu, dans un deuxième temps, prendre confiance afin de réaliser ce dépistage en cabinet (22). Aux urgences comme en médecine générale, une sensibilisation effectuée auprès des praticiens avec une formation spécifique a permis une augmentation du taux de dépistage et une amélioration de la prise en charge des victimes (23). Notre travail a permis de mettre en évidence que les médecins ne souhaitent pas poser la question car ils ne savent pas quelle démarche entreprendre en cas de réponse positive. Le manque de confiance est un élément majeur de la non-réalisation du dépistage, c'est un paramètre présent dans la littérature et confirme le résultat de notre travail (10,22,23).

Quel que soit l'expérience du praticien, les violences conjugales et son dépistage sont encore ressenties comme un tabou avec la crainte d'être trop intrusif ou de rendre mal à l'aise le patient (12,22,23). De plus, de nombreux médecins considèrent que cela relève de la sphère privée pour laquelle ils ne se sentent pas la légitimité d'intervenir (10,14,18). En décembre 2019, l'ordre des médecins a soutenu la proposition de loi permettant à tout médecin, s'il a la conviction que sa patiente est en danger vital immédiat, d'informer le procureur de la République (24). Il est également précisé que « cette dérogation permissive permettant de protéger les victimes et les médecins [...] ne saurait remettre en cause le principe fondamental du secret médical » (24).

En plus d'être mal à l'aise par rapport à cette question, il existe un souhait soit de se dédouaner de la réalisation de ce dépistage soit de le déléguer à d'autres professionnels (14,25). Le médecin généraliste considère que sa position de médecin de famille est une difficulté pour initier cette question car connaissant l'ensemble de la structure familiale (18,21,22). A l'inverse le médecin urgentiste ne se sent pas légitime de poser cette question car ne « *connaissant pas suffisamment le patient* », tout en considérant que ce n'est pas son rôle en tant que spécialiste de l'urgence.

Les praticiens n'y pensent pas car le dépistage en tant que temps de soin n'est pas valorisé ni intégré dans notre culture du soin. Les médecins généralistes évoquent une satisfaction en cas de prise en charge d'une patiente victime de violence du fait de se sentir utile en tant que « médecin de famille » avec secondairement une amélioration de la relation médecin-patient (22,25).

L'annonce d'un pronostic grave prend du temps tout comme la prise en charge et l'orientation des victimes de violence ; ceci constitue le principal frein à la réalisation du dépistage au cours de notre travail. En effet, la prise en charge des victimes nécessite une consultation avec un temps adapté ce qui n'est pas le cas au sein des urgences. Car si la réponse s'avère positive celle-ci impose une prise en charge spécifique qui peut s'avérer chronophage, délicate et complexe. Les praticiens évoquent le fait qu'en cas de réponse positive cela va augmenter le délai de prise en charge pour les autres patients. Les différentes études confirment cet élément expliquant la non-réalisation du dépistage du fait de manquer de temps, de rallonger la durée de la consultation avec un impact pour les patients suivants (12,16,22). Dans notre questionnaire, certains praticiens dans le cadre de la réponse libre ont indiqué une « *lassitude* », un « *sentiment d'inutilité* » face aux dépistages des patients victimes de violence qui peuvent se montrer ambivalente vis-à-vis de la prise en charge proposée. Ceci confirme le manque de formation sur la compréhension du cycle de la violence. Ces praticiens indiquent donc ne plus poser la question du fait de cette ambivalence. Alors que le dépistage puis le suivi de la victime doit se réaliser sur un temps long par une équipe spécifique et spécialisée (6,7,26).

L'originalité de notre étude tient, premièrement au fait qu'il s'agit du premier travail effectué au sein d'un service d'accueil des urgences adulte. Deuxièmement, avant notre étude, le dépistage systématique des violences au sein du service des urgences n'était pas réalisé, il a été initié par ce travail mais un seul praticien a souhaité poursuivre cette dynamique. Troisièmement ce travail a permis de sensibiliser les praticiens à la prise en charge des violences conjugales.

a. Recommandations et perspectives

L'opinion publique et les instances gouvernementales se sont investies au travers de différents plans ministériels et lois afin de lutter contre les violences conjugales (27). Les campagnes de sensibilisation se doivent d'être poursuivies auprès des professions de santé en exercice ou en formation.

Les professions de premier recours que sont les médecins urgentistes et les médecins généralistes peuvent jouer un rôle clef dans le dépistage. Comme cité précédemment, ils peuvent se retrouver dans un certain isolement, évoquent le fait de ne pas être formé sur la prise en charge à entreprendre et ne savent pas vers qui adresser les victimes sur le plan juridique et social. Tous évoquent la nécessité d'un professionnel dédié à cette situation (11,12,28). Il apparaît nécessaire de créer un réseau d'expert constitué des intervenants du secteur judiciaire, médical et social afin de consolider les bonnes pratiques pour la prise en charge des violences.

Alors que l'hôpital est un lieu privilégié de prise en charge des victimes, grâce à ses multiples "portes d'entrée" (les urgences adultes, pédiatriques, gynécologiques et psychiatrique), la SFMU a rappelé en novembre 2019 que "*les services d'urgences ont un rôle primordial à jouer dans la lutte contre les violences faites aux femmes*"(29). Il apparaît que la création d'une filière dédiée afin d'aider les prises en charges peut s'avérer nécessaire.

Le contexte des urgences peut ne pas être adapté à la prise en charge des victimes des violences conjugales : le manque de temps des personnels et la nécessité de prendre justement son temps afin de rassurer et accompagner les victimes. Une gestion pluridisciplinaire doit pouvoir être proposée tant au niveau médical, psychologique, social et médico-judiciaire avec du personnel sur place ou d'astreinte et mobilisable si besoin. Cette filière dédiée doit pouvoir se réaliser en lien avec le réseau de soin. Actuellement, ces victimes sont quelques fois hospitalisés pour un "répit" en service de court séjour. Cette filière dédiée peut s'inscrire dans un service spécifique de quelques lits similaires à ceux de soins palliatifs ou de prise en charge de la douleur.

Cette équipe permettrait ainsi de soulager les praticiens en cas de réponse positive et serait un promoteur important du dépistage systématique. De plus, dans le contexte de donner aux professionnels paramédicaux des compétences élargies, nous pourrions envisager la possibilité de réaliser ce dépistage par d'autres soignants. En Suisse, des infirmières réalisent des consultations médico-légales, ainsi des vacations sont réalisées dans des hôpitaux périphériques qui ne bénéficient pas de service de médecine légale (30).

Il pourrait s'avérer pertinent de créer des équipes mobiles de lutte contre les violences afin de pouvoir intervenir de façon précoce. Ces intervenants en lien avec la ville pourraient ainsi avoir un rôle de détection mais surtout d'information, de prévention des victimes et des proches (31). Cela existe au CHU de Nantes sous l'intitulé de l'unité de gynéco-obstétrique médico-psycho-sociale (UGOMPS) dont l'objectif est d'œuvrer à la « sécurité médicale, sociale et émotionnelle des parents, en cas de violence intra familiale et [...] proposer un environnement un environnement professionnel pluridisciplinaire ». Si de nombreuses structures existent dans le cadre de la maternité (CHI de Montreuil, Angers) afin de prévenir les situations de vulnérabilité chez les femmes enceintes, il existe également des

éléments spécifiques pour les victimes de violence en lien avec le service de médecine légale (32). A Bordeaux, a été créé le centre d'accueil en urgence des victimes d'agression (CAUVA), qui fonctionne 24h/24h et permet de simplifier le parcours de prise en charge des victimes (33). Constitué de psychiatre, de médecin légiste, de psychologue, d'assistantes socio-éducatives, cette structure a permis en une année d'encadrer quasiment 6000 personnes dont 55% de femmes. Les victimes y sont adressées par l'autorité judiciaire, le service d'accueil des urgences, des professionnels extérieurs ou de leur propre initiative.

Ainsi des initiatives locales ont été réalisées comme « la maison des femmes » à Saint Denis (93)(32). Dans cette structure, il a été défini plusieurs objectifs dont « organiser un parcours de soins coordonné pour les femmes de victimes de violences » et « sensibiliser aux violences [...] les professionnels de santé, les élèves et le grand public ». Cette « maison » est innovante car elle intègre des personnels de santé de statut différents (salariés du centre hospitalier, bénévoles, retraités, salariés de structure publiques ou associatives).

La formation afin de comprendre la psychopathologie des victimes de violence conjugale et la nécessaire compréhension du cycle de la violence s'avèrent indispensables afin d'obtenir l'adhésion des médecins urgentistes dans la réalisation de ce dépistage. Celle-ci doit être fréquente, évolutive et doit concerner l'ensemble des personnels. Il est également indispensable d'avoir une personne « ressource » ou « référente » dans chaque catégorie professionnelle afin d'être apte à apporter un soutien, une aide et des conseils à des collègues pouvant se trouver en difficulté. La formation au dépistage des violences se doit d'être la plus précoce possible afin que les étudiants n'aient pas ce frein qui peut exister chez les praticiens plus âgés. Ce dépistage doit être une habitude dans l'interrogatoire réalisé par les médecins en formation, comme les signes généraux : le poids, l'âge ou de la prise de toxique.

V. CONCLUSION

La lutte contre les violences conjugales est un enjeu majeur de santé publique et le médecin urgentiste est un élément indispensable dans la prévention, le dépistage et la prise en charge de ces violences. Si le dépistage n'est pas dans notre culture du soin, notre travail a pu montrer qu'elle pouvait avoir un rôle important dans la prise en charge des patients victimes de violence. Une augmentation du dépistage des violences conjugales passe par une formation initiale et continue des médecins urgentistes afin de lever les inquiétudes vis à vis de ce dépistage mais surtout afin de sensibiliser sur la spécificité des violences conjugales. Des équipes pluridisciplinaires dédiées à la prise en charge des violences conjugales devraient être créées, en lien avec le réseau associatif, les travailleurs sociaux et les services juridiques.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. World report on violence and health. Geneva; 2002. 346 p.
2. Guillam M-T, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. sept 2014;62:S252.
3. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2018. Délégation aux Victimes: Ministère de l'Intérieur; 2018.
4. Ronai E, Garcia A. Chapitre 20 - Les violences faites aux femmes. In: Schmitt M, éditeur. Bienveillance et qualité de vie - Tome 2 [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2015 [cité 13 déc 2019]. p. 239-49. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294744655000207>
5. Vasseur P. Profil de femmes victimes de violences conjugales. Presse Médicale. 1 déc 2004;33(22):1566-8.
6. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. 2019 p. 53.
7. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. La Doc française: Ministère de la santé.; 2001.

8. Arkins B, Begley C, Higgins A. Measures for screening for intimate partner violence: a systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23(3-4):217-35.
9. Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *J Fam Pract*. oct 2000;49(10):896-903.
10. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires? Quelles réponses peut-on apporter ? [Internet]. Faculte De Médecine De Nancy; 2016. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931810/document>
11. Bars ML, Lasserre E, Goaziou M-FL. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. /data/revues/17654629/v12i4/S1765462915000021/ [Internet]. 14 déc 2015 [cité 26 janv 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1021834>
12. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Université Paris Diderot - PARIS 7; 2013.
13. O'Neill RO. Dépistage des patients victimes de violence aux urgences adultes du CHU de Poitiers [Internet]. [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/56196>
14. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Internet]. [Grenoble]: FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE; 2012. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00751787/document>
15. Admin. MIPROF, enquête auprès des sages-femmes [Internet]. UNSSF - Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes. 2015 [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: <https://unssf.org/2015/07/03/miprof-enquete-aupres-des-sages-femmes/>
16. Cillart L, Parayre I, Pereira B, Desmartin C, Leymarie M-C. État de lieux des pratiques du dépistage des violences conjugales en Auvergne. *Rev Sage-Femme*. 1 nov 2017;16(5):296-302.
17. Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains; 2014.
18. Coy christel. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCPs. [PARIS VI]: UNIVERSITE PARIS VI – PIERRE ET MARIE CURIE; 2005.
19. Baccino É. Chapitre 5 - Violences conjugales. In: Baccino É, éditeur. *Médecine Légale Clinique* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2014 [cité 13 déc 2019]. p. 51-60. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294740541000055>
20. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *Exercer*. 2010;92:75-81.
21. Morvant C, Lebas J, Chauvin P. Violence conjugale. *Rev Prat. Médecine générale*. 2005;19 n°702/703, p.945-953.
22. Peiffer T. Que modifie l'apport du score diagnostic HITS de dépistage des violences faites aux femmes dans le vécu des médecins généralistes. Une étude qualitative. Université De Nice Sophia-Antipolis; 2019.
23. Vareille C, Claessens Y-E, Allo J-C, Ginsburg C, Tissier A, Pourriat J-L, et al. Amélioration du dépistage et optimisation de la prise en charge des violences conjugales aux urgences de Cochin. *J Eur Urgences*. 1 juin 2009;22:A183-4.
24. Violences conjugales : possibilité d'un signalement [Internet]. [cité 28 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/violences-conjugales-signalement>
25. Chambonet JY, Douillard V, Urion J, et al. La violence conjugale: prise en charge en médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale*. 2000 ;507)pp.1481–148.
26. Gicquel-Schlemmer B, Wolff V, Hamid M, Steinmetz J-P, Tschassem-Kenmegne S, Jaeger A, et al. Violence conjugale: épidémiologie, prise en charge et devenir des victimes reçues dans un service d'urgence. *J Eur Urgences*. 1 mai 2007;20(1, Supplement):214.
27. Clôture du Grenelle contre les violences conjugales | Gouvernement.fr [Internet]. [cité 28 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/11289-cloture-du-grenelle-contre-les-violences-conjugales>
28. François I, Moutel G, Plu I, Fauriel I, Hervé C. Violences conjugales, quelles difficultés pour les médecins ? : Analyse d'entretiens avec 19 médecins d'un réseau de soins ville-hôpital orienté vers la prise en charge globale des personnes. *Presse Médicale*. 1 déc 2004;33(22):1561-5.
29. SFMU. Communiqué de presse La SFMU s'engage dans l'amélioration du dépistage et de la prise en charge par les services d'urgence des violences sexuelles faites aux femmes : [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-la-sfmou/communiqué-de-presse/act_id/173

30. Romain-Glassey N, Ansermet C, Hofner M-C, Neuman E, Mangin P. L'unité de médecine des violences : une consultation médico-légale assurée par des infirmières. *Médecine Droit*. 1 mars 2009;2009(95):58-61.
31. Rosenstrauch C, Pantigny V, Brunel E, Plenier I, Pilla C, Debien C, et al. Violences conjugales dans une structure d'urgence : rôle d'un binôme assistante sociale/psychologue. /data/revues/09939857/0020001S/214_2/ [Internet]. 8 mars 2008 [cité 26 janv 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/110973>
32. C.Branchu et S.Vanackere. La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violence : éléments en vue d'une modélisation. IGAS; 2017.
33. [https://www.chu-bordeaux.fr/Les-unit%C3%A9s-m%C3%A9dicales/Cellule-d-accueil-d-urgences-des-victimes-d-agressions-\(CAUVA\)/](https://www.chu-bordeaux.fr/Les-unit%C3%A9s-m%C3%A9dicales/Cellule-d-accueil-d-urgences-des-victimes-d-agressions-(CAUVA)/).

La pandémie dû à la maladie à Coronavirus 2019 a eu un impact majeur au niveau économique, politique, sociétal mais également au niveau des violences intra-familiales. En effet, les femmes victimes de violences ont été isolés du fait du confinement et de l'arrêt de l'accueil physique des associations d'aides.

Rapidement, les structures officielles ont annoncé que ces violences ont augmenté d'environ 35%. Le gouvernement, en lien avec différentes associations ont mise en place des dispositifs pertinents et novateurs afin de signaler et protéger les victimes.

Ainsi ces personnes avaient la possibilité d'utiliser un nom de code « *masque 19* » à transmettre aux pharmaciens. Ces derniers pouvaient ensuite avertir les forces de l'ordre. Puis, des « points d'accompagnement éphémères » ont été déployés dans plusieurs centres commerciaux, la finalité était de permettre aux victimes de trouver du soutien au plus proches de leurs domiciles et durant les rares sorties autorisées.

Dans ce contexte de confinement, il était difficile de trouver un autre logement ; un fond spécial financé par l'Etat a néanmoins permis la prise en charge de 20 000 nuitées d'hôtel afin que les victimes puissent être éloignées de l'agresseur présumé.

Ces dispositifs ont été mis en place en urgence et si la Secrétaire d'Etat à l'Egalité femmes-hommes Marlène Schiappa a indiqué « *cinq fois plus de signalement qu'habituellement* ». Il est sans doute trop tôt pour évaluer ces dispositifs. Mais cela a permis, de faire prendre conscience à la société et l'ensemble des acteurs médicaux, sociaux et judiciaire que le dépistage, le signalement et la prise en charge des victimes sont possibles dans une pratique quotidienne et impose une implication de tous.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.



Résumé – Article I – Faisabilité d'un dépistage systématique des violences conjugales au service d'accueil des urgences.

Introduction : Les violences conjugales représentent un problème majeur de santé publique. La société a pris conscience de cette problématique et des engagements ont été pris afin de lutte contre ces violences. Si les outils de dépistage sont nombreux, il est recommandé d'utiliser la question orale et directe. Celle-ci est bien acceptée par les patients mais elle est rarement utilisée par les médecins généralistes. Les services d'accueil des urgences peuvent avoir un rôle majeur dans le dépistage et la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Objectif : cette étude propose de vérifier la faisabilité par les médecins urgentistes de réaliser un dépistage systématique de la violence conjugale auprès de tous les patients consultant au service d'accueil des urgences du CHU de NICE

Méthode : étude descriptive, transversale, observationnelle, monocentrique réalisée au sein du service d'accueil des urgences adultes du CHU de Nice du 30 mai 2019 au 27 juin 2019. Le dépistage était réalisé par l'ensemble des médecins auprès de tous les patients par l'intermédiaire d'une question directe : « avez-vous été victime de violence dans votre enfance, dans votre vie professionnelle ou personnelle ? »

Résultats : En un mois, la question a été posée à 37 personnes sur 6022 entrées. Les patients déclarant ne pas être victime de violence étaient en nombre de 31 et 6 disaient en être victimes. Parmi ceux-ci, deux étaient victimes de violences conjugales, trois de violences dans le cadre professionnel et une victime durant l'enfance. Les victimes de violence conjugale étaient uniquement des femmes alors que les autres types de violence concernaient les deux sexes. Pour les violences conjugales, les motifs de consultations étaient un abcès inguinal et un éthyisme aigu, et dans ces deux situations les patients avaient déjà consulté pour les mêmes motifs. Pour les violences dans un contexte professionnel, les motifs étaient diversifiés (douleur thoracique, sciatique hyperalgique, accident de la voie publique) et deux des patients avaient déjà consulté pour une raison similaire. Le motif de consultation du patient victime de violence dans l'enfance était un éthyisme aigu et c'était sa première venue au service d'accueil des urgences. Le taux de dépistage a été faible (0.6% des patients ont été interrogé), montrant une adhésion limitée de la part des médecins. Une étude complémentaire sera réalisée afin d'étudier les freins à la réalisation de ce dépistage.

Conclusion : La question systématique est un outil simple et efficace dans le dépistage des violences conjugales. La lutte contre ces violences est un enjeu de santé publique et les services d'accueil des urgences doivent jouer un rôle majeur dans la réalisation de ce dépistage. La formation des personnels s'avère indispensable afin de renforcer l'implication des professionnels de santé dans la pratique d'un dépistage systématique.

Résumé – PARTIE II – Identification des limites et des attentes à la réalisation d'un dépistage des violences conjugales au service d'accueil des urgences.

Introduction : Les violences conjugales représentent un problème majeur de santé publique. Le dépistage systématique est un outil efficace que les professionnels de santé n'ont pas intégré dans le cadre de leur pratique professionnelle. En effet, un travail préliminaire a montré une faible participation des médecins urgentistes dans la réalisation de ce dépistage, alors que les services des urgences devraient avoir un rôle majeur dans le dépistage et la prise en charge des victimes de violence conjugale.

Objectif : cette étude propose d'identifier et d'évaluer les freins à la réalisation d'un dépistage par question orale et directe par les médecins urgentistes. Secondairement, l'objectif est d'étudier les attentes des praticiens vis-à-vis de cette problématique.

Méthode : étude monocentrique, prospective portant sur l'ensemble des médecins exerçant au sein du service d'accueil des urgences adultes du CHU de Nice. Cette étude a été réalisée du 1^{er} au 31 juillet 2019 au travers d'un questionnaire standardisé adressé à tous les médecins.

Résultats : Au total, 62 praticiens (16 internes, 16 assistants ou chef de clinique, 30 praticiens hospitaliers ou contractuels) ont répondu aux questionnaires sur un total de 76 praticiens (16 internes, 19 assistants ou chef de clinique, 41 praticiens hospitaliers ou contractuels) exerçant aux urgences adultes du CHU de Nice. La majorité des participants (71%) indiquaient n'avoir pas eu de formation particulière sur les formations conjugales. Parmi ceux ayant bénéficié d'une formation, 44% l'ont eu il y a moins de six mois. Les motifs principaux de la non-réalisation du dépistage étaient en lien avec le fait de ne pas y penser (84%), de manquer de temps (60%) ou de formation (31%). Les praticiens évoquaient des difficultés du fait d'une question « tabou » ou trop intrusive. De plus, ils se sentaient limités dans les conduites à tenir à proposer par rapport aux victimes dépistées. Les professionnels étaient en attente de formation, de recommandations claires avec un souhait d'un professionnel dédié afin d'adresser le patient.

Conclusion : La lutte contre les violences conjugales est un enjeu de santé publique. De plus, une réelle prise de conscience a lieu de la part de l'opinion publique et des instances officielles. Le médecin urgentiste est un élément indispensable dans la prévention, le dépistage et la prise en charge de ces violences. Si le dépistage n'est pas encore intégré dans notre culture du soin, la formation initiale et continue des praticiens permettront de lever les inquiétudes, les doutes et les aprioris vis-à-vis de ce dépistage et donc jouer un rôle majeur dans la lutte contre les violences conjugales.

Résumé – Article I – Faisabilité d'un dépistage systématique des violences conjugales au service d'accueil des urgences.

Introduction : Les violences conjugales représentent un problème majeur de santé publique. La société a pris conscience de cette problématique et des engagements ont été pris afin de lutte contre ces violences. Si les outils de dépistage sont nombreux, il est recommandé d'utiliser la question orale et directe. Celle-ci est bien acceptée par les patients mais elle est rarement utilisée par les médecins généralistes. Les services d'accueil des urgences peuvent avoir un rôle majeur dans le dépistage et la prise en charge des victimes de violences conjugales.

Objectif : cette étude propose de vérifier la faisabilité par les médecins urgentistes de réaliser un dépistage systématique de la violence conjugale auprès de tous les patients consultant au service d'accueil des urgences du CHU de NICE

Méthode : étude descriptive, transversale, observationnelle, monocentrique réalisée au sein du service d'accueil des urgences adultes du CHU de Nice du 30 mai 2019 au 27 juin 2019. Le dépistage était réalisé par l'ensemble des médecins auprès de tous les patients par l'intermédiaire d'une question directe : « avez-vous été victime de violence dans votre enfance, dans votre vie professionnelle ou personnelle ? »

Résultats : En un mois, la question a été posée à 37 personnes sur 6022 entrées. Les patients déclarant ne pas être victime de violence étaient en nombre de 31 et 6 disaient en être victimes. Parmi ceux-ci, deux étaient victimes de violences conjugales, trois de violences dans le cadre professionnel et une victime durant l'enfance. Les victimes de violence conjugale étaient uniquement des femmes alors que les autres types de violence concernaient les deux sexes. Pour les violences conjugales, les motifs de consultations étaient un abcès inguinal et un éthyisme aigu, et dans ces deux situations les patients avaient déjà consulté pour les mêmes motifs. Pour les violences dans un contexte professionnel, les motifs étaient diversifiés (douleur thoracique, sciatique hyperalgique, accident de la voie publique) et deux des patients avaient déjà consulté pour une raison similaire. Le motif de consultation du patient victime de violence dans l'enfance était un éthyisme aigu et c'était sa première venue au service d'accueil des urgences. Le taux de dépistage a été faible (0.6% des patients ont été interrogé), montrant une adhésion limitée de la part des médecins. Une étude complémentaire sera réalisée afin d'étudier les freins à la réalisation de ce dépistage.

Conclusion : La question systématique est un outil simple et efficace dans le dépistage des violences conjugales. La lutte contre ces violences est un enjeu de santé publique et les services d'accueil des urgences doivent jouer un rôle majeur dans la réalisation de ce dépistage. La formation des personnels s'avère indispensable afin de renforcer l'implication des professionnels de santé dans la pratique d'un dépistage systématique.

Résumé – PARTIE II – Identification des limites et des attentes à la réalisation d'un dépistage des violences conjugales au service d'accueil des urgences.

Introduction : Les violences conjugales représentent un problème majeur de santé publique. Le dépistage systématique est un outil efficace que les professionnels de santé n'ont pas intégré dans le cadre de leur pratique professionnelle. En effet, un travail préliminaire a montré une faible participation des médecins urgentistes dans la réalisation de ce dépistage, alors que les services des urgences devraient avoir un rôle majeur dans le dépistage et la prise en charge des victimes de violence conjugale.

Objectif : cette étude propose d'identifier et d'évaluer les freins à la réalisation d'un dépistage par question orale et directe par les médecins urgentistes. Secondairement, l'objectif est d'étudier les attentes des praticiens vis-à-vis de cette problématique.

Méthode : étude monocentrique, prospective portant sur l'ensemble des médecins exerçant au sein du service d'accueil des urgences adultes du CHU de Nice. Cette étude a été réalisée du 1^{er} au 31 juillet 2019 au travers d'un questionnaire standardisé adressé à tous les médecins.

Résultats : Au total, 62 praticiens (16 internes, 16 assistants ou chef de clinique, 30 praticiens hospitaliers ou contractuels) ont répondu aux questionnaires sur un total de 76 praticiens (16 internes, 19 assistants ou chef de clinique, 41 praticiens hospitaliers ou contractuels) exerçant aux urgences adultes du CHU de Nice. La majorité des participants (71%) indiquaient n'avoir pas eu de formation particulière sur les formations conjugales. Parmi ceux ayant bénéficié d'une formation, 44% l'ont eu il y a moins de six mois. Les motifs principaux de la non-réalisation du dépistage étaient en lien avec le fait de ne pas y penser (84%), de manquer de temps (60%) ou de formation (31%). Les praticiens évoquaient des difficultés du fait d'une question « tabou » ou trop intrusive. De plus, ils se sentaient limités dans les conduites à tenir à proposer par rapport aux victimes dépistées. Les professionnels étaient en attente de formation, de recommandations claires avec un souhait d'un professionnel dédié afin d'adresser le patient.

Conclusion : La lutte contre les violences conjugales est un enjeu de santé publique. De plus, une réelle prise de conscience a lieu de la part de l'opinion publique et des instances officielles. Le médecin urgentiste est un élément indispensable dans la prévention, le dépistage et la prise en charge de ces violences. Si le dépistage n'est pas encore intégré dans notre culture du soin, la formation initiale et continue des praticiens permettront de lever les inquiétudes, les doutes et les aprioris vis-à-vis de ce dépistage et donc jouer un rôle majeur dans la lutte contre les violences conjugales.