



HAL
open science

Prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences : évaluation des pratiques professionnelles et mise en place d'une plateforme hospitalière pluridisciplinaire au service d'accueil des urgences de La Timone

Camille Bailly

► **To cite this version:**

Camille Bailly. Prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences : évaluation des pratiques professionnelles et mise en place d'une plateforme hospitalière pluridisciplinaire au service d'accueil des urgences de La Timone. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03401918

HAL Id: dumas-03401918

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03401918v1>

Submitted on 6 Jan 2022

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.

**Prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences :
évaluation des pratiques professionnelles et mise en place d'une plateforme
hospitalière pluridisciplinaire au service d'accueil des urgences de La
Timone**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 7 Octobre 2021

Par Madame Camille BAILLY

Née le 10 août 1993 à Saint-Nazaire (44)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE D'URGENCE NR

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre

Président

Monsieur le Professeur ROCH Antoine

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) TUCHTAN Lucile

Assesseur

Madame le Docteur CLUZOL Laura

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Asseseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur : **Pr. Bruno FOTI**

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur

NAZARIAN Serge

31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2012) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLES Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre MICHELET,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Antoine ROCH,

A Madame la Maitre de conférences Lucile TUCHTAN,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de prendre part à ce jury. Soyez assurés de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Laura CLUZOL,

Merci d'avoir accepté d'encadrer mon travail.

Merci pour ton aide, tes nombreux conseils et ta grande disponibilité.

A William,

Merci de ta présence, de m'avoir soutenue durant toutes ces années et tout particulièrement durant ce travail de thèse, de croire en moi et de m'apporter tant de joie.

A ma famille, mes parents, Lucie, Julien, Tanguy, Claire, Augustin, Armand, Ninon, Lou,

Merci pour vos conseils durant ces nombreuses années, d'avoir été présents et de m'avoir soutenue.

A mes amis,

Merci d'avoir toujours été là.

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	3
<i>I.a – Définitions</i>	<i>3</i>
<i>I.b – Épidémiologie.....</i>	<i>4</i>
<i>I.c – Conséquences sur les victimes.....</i>	<i>5</i>
<i>I.d – Conséquences sur les enfants</i>	<i>6</i>
<i>I.e – Mécanismes de la peur et de l’emprise.....</i>	<i>8</i>
<i>I.f – Difficultés de prise en charge des victimes</i>	<i>11</i>
<i>I.g – Recommandation de prise en charge des victimes.....</i>	<i>13</i>
II – MATÉRIEL ET MÉTHODE	15
<i>II.a – Évaluation des pratiques.....</i>	<i>15</i>
<i>II.b – Plateforme, protocole et formation.....</i>	<i>16</i>
<i>II.c – Recueil des données patients</i>	<i>17</i>
<i>II.d – Évaluation de la plateforme.....</i>	<i>18</i>
III – RÉSULTATS	19
<i>III.a – Résultats du premier questionnaire.....</i>	<i>19</i>
<i>III.b – Résultats du deuxième questionnaire.....</i>	<i>23</i>
<i>III.c – Analyse des données des victimes de violences</i>	<i>29</i>
IV – DISCUSSION.....	31
V – CONCLUSION	37
VI - BIBLIOGRAPHIE	38
VII – ANNEXES	41
<i>Annexe 1.....</i>	<i>41</i>
<i>Annexe 2.....</i>	<i>44</i>
<i>Annexe 3.....</i>	<i>54</i>
VIII - ABRÉVIATIONS	60

Thèse : Prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences : évaluation des pratiques professionnelles et mise en place d'une plateforme hospitalière pluridisciplinaire au service d'accueil des urgences de la Timone.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : De par leur fréquence et leurs conséquences physiques, psychologiques et économiques, les violences conjugales sont un réel problème de santé publique. Les professionnels de santé sont souvent le premier recours des victimes et c'est pourquoi l'HAS recommande notamment un dépistage systématique de ces violences chez toutes les femmes vues en consultation. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les pratiques des professionnels de santé travaillant aux urgences adultes de la Timone. Il s'agissait également de mettre en place une plateforme hospitalière pluridisciplinaire de prise en charge des victimes de violences conjugales, ainsi qu'une formation à destination des soignants, puis d'en évaluer le fonctionnement et les conséquences sur les pratiques professionnelles.

MÉTHODE : Étude monocentrique observationnelle réalisée à l'aide de questionnaires distribués au personnel médical et paramédical des urgences de l'hôpital de la Timone à Marseille. Le recueil des données relatives aux victimes était réalisé grâce au logiciel des urgences. La période d'inclusion était de six mois, de décembre 2020 à juin 2021.

RÉSULTATS : La majeure partie des soignants des urgences de la Timone ont déjà été confrontés à une situation de violences conjugales. En effet, dans notre étude, une victime s'est présentée pour ce motif environ tous les deux jours aux urgences de la Timone, ce qui représente 84 victimes de violences conjugales entre décembre 2020 et juin 2021. Toutes les victimes étaient des femmes, avec un âge médian de 32 ans. Pour les soignants interrogés, les principaux freins au dépistage des victimes de violences conjugales étaient la méconnaissance des recommandations, le manque de temps et la crainte de ne pas savoir prendre en charge de façon optimale les victimes. Cette dernière raison était particulièrement retrouvée chez les soignants les plus jeunes et de sexe masculin. Dans notre étude, la formation des soignants, ainsi que la mise en place aux urgences d'une plateforme hospitalière pluridisciplinaire en

partenariat avec l'Unité de Médecine Légale, le Parquet, la Police et l'association d'Aide aux Victimes d'Actes de Délinquance, ont permis une meilleure prise en charge de ces patientes.

CONCLUSION : L'organisation de formations des professionnels de santé ainsi que la mise en place d'un parcours de soins spécifique et pluridisciplinaire ont permis d'améliorer le dépistage et la prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences adultes de la Timone

I - INTRODUCTION

I.a – Définitions

Les violences conjugales sont un réel problème de santé publique avec des retentissements importants sur la vie et tout particulièrement la santé des victimes. Malgré des enjeux importants, il y a souvent un retard diagnostique et une difficulté de prise en charge ressentie par les professionnels de santé.

Les violences conjugales sont définies comme un ensemble d'actes, de propos et comportements adoptés par un partenaire ou ex-partenaire dans le but de contrôler, dominer et détruire sa victime (1). En France, ces violences sont interdites et punies par la loi (2).

En pratique, les violences conjugales se présentent sous de nombreuses formes. Elles peuvent être physiques (coups, brûlures, bousculades, etc.) mais aussi verbales (menaces, injures, etc.) psychologiques (humiliations, interdiction de fréquenter certaines personnes, chantage affectif, etc.) sexuelles (agressions ou viols), matérielles (casser ou lancer des objets), économiques (contrôle des dépenses, suppression des moyens de paiement ou de la carte vitale, interdiction de travailler, etc.), administratives (confiscation de documents d'identité, de carnet de santé, de diplômes, etc.) et également des formes de cyber-violences (notamment la cyber-surveillance à son insu, etc.) (1).

La violence conjugale est à différencier du conflit conjugal. Lors d'un conflit, deux points de vue différent de manière égalitaire. Lors de violences conjugales un rapport de force asymétrique se met en place avec un dominé et un dominant. Ce dernier cherche à maintenir sa partenaire sous emprise. C'est ce mécanisme d'emprise qui est au cœur des violences conjugales et à l'origine des violences cycliques, récurrentes et souvent cumulatives (3,4).

1.b – Épidémiologie

Le rapport Cadre de vie et sécurité de 2019 recense en France, près de 300 000 victimes annuelles de violences conjugales, dont 72% sont des femmes (5). Entre 20% et 30% des femmes âgées de 18 à 60 ans affirment avoir été victimes de violences conjugales au cours de leur vie (6). Les violences décrites sont exclusivement physiques pour les trois quarts des victimes, exclusivement sexuelles pour une sur huit et à la fois physiques et sexuelles pour une autre victime sur huit (5). Une autre étude réalisée par la plateforme d'écoute « 3919 - Violence femme info » rapporte des violences psychologiques chez 87% des victimes. Des violences verbales sont décrites par 77% et des violences physiques par 66%. Des violences sexuelles sont découvertes chez 8% d'entre-elles (dont 57% de viols conjugaux), les violences économiques et administratives sont révélées respectivement par 21% et 2% des victimes (7).

Durant l'année 2019, on dénombre 173 homicides au sein du couple, dont 84% sont des femmes. Une femme est tuée tous les 2,5 jours environ, par son conjoint ou son ex-conjoint. Des violences antérieures ont été décrites pour 41% d'entre elles (8).

I.c – Conséquences sur les victimes

Ces violences ont de lourdes conséquences pour les victimes, aussi bien sur leur santé physique et psychologique qu'au niveau socio-professionnel.

En effet on rapporte des symptômes douloureux chroniques inexpliqués (céphalées chroniques, douleurs lombaires ou abdomino-pelviennes, etc.), des asthénies, des troubles digestifs, des sensations d'oppression et de dyspnée, et souvent un déséquilibre des maladies chroniques. Bien sûr on retrouve aussi des lésions traumatiques, conséquences directes des violences physiques (9,10). Il apparaît également que les victimes de violences tombent plus souvent malades que les autres (9).

Les violences sexuelles peuvent, quant à elles, conduire à des grossesses non désirées, des infections génitales et urinaires répétées, des infections sexuellement transmissibles, des dyspareunies, des troubles sexuels et des troubles de la sexualité (10). La proportion d'interruptions volontaires de grossesse est également deux fois plus importante chez les patientes victimes de violences conjugales (11).

Sur le plan obstétrical, les violences conjugales peuvent avoir des conséquences majeures. Certaines études aux États-Unis déclarent entre 3% et 11% de femmes adultes subissant des violences durant leurs grossesses et y associent de multiples conséquences sur le fœtus telles que des fausses couches, des accouchements prématurés, des traumatismes fœtaux ou encore une insuffisance pondérale à la naissance (9).

Sur le plan psychiatrique, les victimes sont également plus sujettes aux comportements autodestructeurs. On retrouve souvent un mésusage et une surconsommation de médicaments (notamment des antalgiques mais aussi des benzodiazépines, etc.). On peut voir aussi des conduites addictives, des automutilations, des

idées suicidaires ou tentatives de suicide en lien avec un épisode dépressif caractérisé. En effet, les victimes de violences conjugales se suicident 4 fois plus que la moyenne, et sont 2 fois plus à risque de dépression et d'alcoolisme. Il est également fréquent de retrouver des symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique, des états d'anxiété ou de panique, des troubles du sommeil ou de l'alimentation. Des troubles cognitifs à type de difficulté de concentration et d'attention ainsi que des pertes de mémoires sont également souvent présents (10,9). Dans l'étude « *Cadre de vie et sécurité* » menée en France en 2019, 51 % des victimes considèrent que le préjudice psychologique des violences a des répercussions « plutôt importantes » voire « très importantes » sur leur vie (5).

Sur le plan socio-professionnel les répercussions peuvent être dramatiques. La situation financière des victimes est parfois précaire, en lien direct avec des violences économiques, ou par les conséquences physiques et psychologiques des violences (9). On peut retrouver également une instabilité résidentielle pour 18% des victimes et un sentiment d'isolement induit par l'agresseur pour 63% des victimes (7).

Il semblerait que plus la violence est importante, plus le retentissement sur la santé des victimes est considérable avec un effet cumulatif de toutes les violences subies. A noter que les répercussions peuvent persister longtemps chez la victime, alors même que les violences ont cessé depuis longtemps (9).

Les victimes de violences conjugales consomment plus de services de santé à long terme. Leur nombre de consultations, d'interventions chirurgicales, d'hospitalisations, de séjours en psychiatrie et de passages en pharmacie sont plus importants que dans la population générale (9). Ainsi les répercussions économiques en France des violences conjugales seraient de 3,6 milliards d'euros. Les soins de santé représenteraient 8% du total soit 290 millions d'euros (12).

1.d – Conséquences sur les enfants

Le premier plan interministériel de lutte et de mobilisation contre les violences faites aux enfants nous rappelle que « toute violence faite aux femmes est également une violence

faite aux enfants » (13). Ils sont désormais reconnus comme étant des victimes à part entière de violences conjugales y compris s'ils sont témoins de celles-ci (14). Certaines études montrent que dans les foyers où des violences domestiques sont présentes, entre 80% et 94% des enfants sont exposés aux violences intraconjugales et 26% sont victimes de maltraitances directes (15,7). D'autres études rapportent que parmi les enfants exposés aux violences conjugales entre 40% et 60% sont eux-mêmes victimes de maltraitances physiques de la part de l'auteur (16,15,17). En 2019, 25 enfants ont été tués dans le cadre de violences conjugales (8).

De nombreuses études décrivent de graves conséquences sur le développement, les comportements et la santé de l'enfant. Il semblerait que ces manifestations soient semblables chez les enfants témoins de violences et les enfants victimes de violences (9).

Ces études rapportent des troubles émotionnels avec des sentiments d'angoisse, d'anxiété, des dépressions, des troubles de l'alimentation ou du sommeil et une faible estime de soi. Il est aussi souvent associé un sentiment de culpabilité et parfois même des idées suicidaires (18,9,19,7). Une étude montre que 60% des enfants exposés aux violences domestiques présenteraient un syndrome de stress-post traumatique complet (20).

Sont également décrit des troubles du comportement se manifestant par de l'agressivité, des actes de délinquance, des fugues ou une toxicomanie. Il est aussi souvent associé un échec scolaire avec une baisse des performances et un déficit de l'attention ou, au contraire, un surinvestissement à l'école et jusque dans les études supérieures (21,22,19,9,7).

Ces enfants se plaignent souvent de symptômes physiques chroniques tels que des maux de tête, de ventre, sont sujets aux malaises, et présentent parfois une énurésie (21,19,9).

On estime également que plus de la moitié des enfants exposés, se mettent en scène dans des jeux de rôles avec une reproduction de la violence dont ils sont témoins (21). Leurs comportements ont des répercussions graves dans leurs relations avec les autres. Plus tard, dans leurs relations de couple, ils peuvent aussi reproduire le comportement de l'agresseur ou au contraire de celui de la victime (15,19).

1.e – Mécanismes de la peur et de l'emprise

Les comportements adoptés par les victimes sont parfois difficilement compréhensibles par l'entourage mais aussi par les soignants car jugés souvent contradictoires face aux violences conjugales. Pour comprendre ces réactions il faut d'abord comprendre le mécanisme de la peur. Les principales structures cérébrales impliquées sont l'amygdale, le cortex préfrontal médian et l'hippocampe. Elles jouent un rôle dans des processus tels que le conditionnement et l'extinction de la peur, la modulation émotionnelle de la mémoire, la régulation des émotions et le traitement des stimuli liés à la menace (23). Ce système peut dysfonctionner et entraîner des syndromes de stress post-traumatique (SSPT), de gravité plus ou moins importante.

Ce syndrome peut se déclencher après un événement traumatique unique ou, le plus souvent, après de multiples traumatismes. Certaines personnes semblent être plus à même de déclencher un SSPT, et une même personne peut subir le même traumatisme de nombreuses fois, pendant des années, et développer un SSPT après un fait pourtant jugé similaire aux anciens (24). Les violences intrafamiliales entraînent entre 50 et 60% de risque de développer un SSPT et ce risque augmente jusqu'à 80% en cas de viol (25).

La DSM 5 définit le syndrome de stress post-traumatique selon des critères spécifiques. Il faut tout d'abord que la personne ait été confrontée à un événement traumatisant de façon directe ou indirecte (26). Dans les suites de cet événement traumatisant, le SSPT peut globalement se révéler par deux types de réponse : le trouble dissociatif et le trouble d'hyperexcitabilité (27) qui peuvent apparaître soit simultanément soit à différents moments (28). Cette perturbation doit durer plus d'un mois et entraîner une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante sur le plan social, professionnel ou autre, pour être qualifiée de SSPT (26).

Le trouble dissociatif se retrouve le plus souvent après des expériences traumatiques prolongées (28). Il se définit par des phases de dépersonnalisation, durant lesquelles la victime se sentira en permanence détachée d'elle-même comme si elle s'observait de l'extérieur, ou

des phases de déréalisation durant lesquelles la victime éprouvera le sentiment récurrent ou persistant que son environnement n'est pas réel (27,29).

On remarque aussi une incapacité à se souvenir des événements traumatiques ou des éléments importants de par un processus appelé amnésie dissociative (26,28).

Globalement dans les situations de stress intense dit « dépassé » où le corps n'est plus capable de contrôler les réactions émotionnelles, un mécanisme de défense appelé la sidération, se met en place. Cette situation de stress dépassé engendre un risque cardiovasculaire et neurologique immédiat par l'afflux important de cortisol et d'adrénaline dans le sang. Ainsi la sidération permet de court-circuiter le système limbique et celui de la mémoire en créant une dissociation traumatique et une mémoire traumatique (18).

Cette dissociation, lorsqu'elle devient chronique, entraîne alors une anesthésie émotionnelle et physique. Les traumatismes même les plus graves sont alors vécus sans émotion, sans douleur exprimée et semblent irréels. La victime est incapable d'organiser sa défense, elle ne peut pas prendre la mesure de ce qu'elle subit et l'entourage ne va pas non plus prendre conscience du danger (18).

L'hyperexcitabilité quant à elle, se manifeste par une profonde modification de l'état d'éveil et de réactivité. Par exemple, il peut apparaître une irritabilité, des accès de colères peu justifiés, des comportements irréflechis ou autodestructeurs, une hyper-vigilance, des réactions de sursauts exagérés ou des troubles de la concentration et du sommeil (26). Ces manifestations sont liées au phénomène de ré-expérience. Lorsque la victime n'est plus en phase de dissociation, la mémoire traumatique lui fait revivre les événements traumatiques avec une acuité majeure. Ainsi lorsqu'elle réussit à se sauver, trouver un refuge où elle est en sécurité elle ne sera plus dissociée et se sentira coupable, irritable et plongée dans une intolérable détresse (18).

Pour échapper à ces moments de ré-expérience, elle va mettre en place des mécanismes de défense en cherchant à retrouver un état dissocié. Pour cela, elle développe des addictions, se met en danger, adopte des conduites à risques, ou retourne avec son agresseur afin d'obtenir une anesthésie émotionnelle et être soulagée. Ainsi l'agresseur crée un sentiment de dépendance et d'emprise sur sa victime (18).

L'emprise est un phénomène de domination psychologique d'une personne sur une autre, dans le but de conditionner l'autre à répondre aux besoins du dominant en oubliant totalement son libre-arbitre ou son bien-être. Ce système de soumission est mis en place par l'auteur en quatre phases récurrentes qui s'intègrent dans ce qu'on appelle le « cycle de la violence » (30,31).

Les violences sont en effet cycliques (*Figure 1*) avec une première phase de montée de la tension. L'agresseur n'est pas physiquement violent mais exprime des menaces, des pressions psychologiques et de la colère. Un climat pesant et angoissant s'installe au sein du couple. La victime est souvent très inquiète et cherche à apaiser ce climat de tension en satisfaisant son conjoint et en se faisant discrète.

Puis vient la phase d'agression ou le conjoint laisse exploser sa violence sous différentes formes (verbale, sexuelle, physique, psychologique etc.). Il donne l'impression à la victime d'une perte de contrôle de lui-même alors qu'il prend au contraire le contrôle de la situation et de sa partenaire. La victime ne comprend pas, se sent souvent impuissante et humiliée. Elle peut rentrer alors dans un état de dissociation et de profond désespoir.

Apparaît ensuite la phase de justification où l'agresseur minimise voir négative ses actes de violences. Il se justifie, exprime un sentiment de remords et rejette la faute sur la victime. Celle-ci doute alors de ses perceptions, culpabilise et se sent responsable des violences qu'elle a subies.

La dernière phase est celle de la réconciliation, communément appelée la « Lune de miel ». Durant celle-ci l'agresseur demande pardon, ressent une peur de l'abandon, donne de l'affection et promet un changement à la victime. Elle le croit, constate ses efforts, lui apporte son aide et espère une réelle amélioration. La relation est alors perçue comme fusionnelle. Avec le temps, ces cycles s'enchaînent de plus en plus rapidement et les phases de violences deviennent de plus en plus brutales (30,31).

L'emprise sur l'autre est alors totale. La victime reste avec son agresseur le plus souvent par peur des représailles, peur du jugement des autres ou peur de l'isolement, mais aussi par dépendance financière ou par amour et espoir du retour à une relation affective (30,32).

De cette emprise peut également naître le sentiment d'impuissance acquise. Il s'agit d'une perte totale de confiance en ses compétences et dans sa capacité de réussite à la suite

d'échecs multiples. Dans le cas des violences conjugales, la victime se résigne à subir la situation sans vouloir changer le cours de sa vie (33,34).

I.f – Difficultés de prise en charge des victimes

Les mécanismes de défense tels que l'anesthésie émotionnelle liée à la dissociation traumatique sont le plus souvent méconnus, à la fois des victimes et de nombreux professionnels de santé les prenant en charge (35). Ainsi un certain nombre de difficultés sont rencontrées à la reconnaissance et à la prise en charge de ces victimes de violences

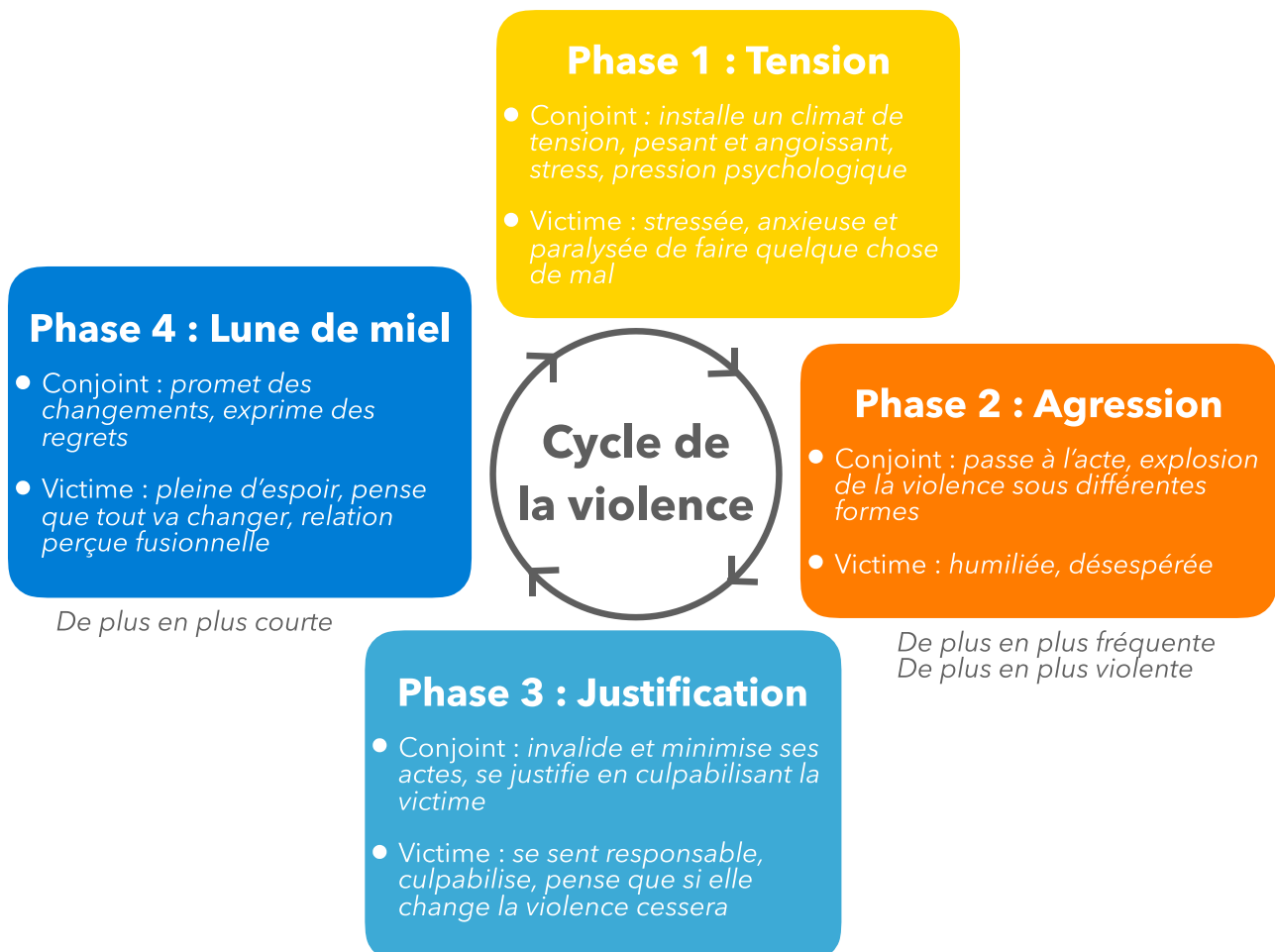


Figure 1 : Le cycle de la violence

domestiques.

En effet, une étude rapporte que dans 61% des cas les difficultés de prise en charge des victimes de violences étaient dues à une incompréhension de leur comportement (36). On retrouve notamment des plaintes perçues comme imprécises et floues, parfois même un discours contradictoire qui peuvent décourager les médecins (37).

Des sentiments d'impuissance, de manque de contrôle, de frustration et de découragement peuvent être décrits par les médecins qui ne parviennent pas à comprendre le discours, parfois discordant, des victimes. En effet, elles peuvent parler avec un grand détachement des violences graves qu'elles subissent. Elles décrivent des situations paraissant insoutenables tout en évoquant leur caractère habituel et considèrent encore pouvoir les supporter (35,38,39,6).

On retrouve également des difficultés quant au repérage des signaux, notamment émotionnels et psychologiques de la violence car ils ne sont pas spécifiques (40,41,42). Parfois même les soignants ne perçoivent pas les signes évidents de violences physiques (9).

Tout ceci peut résulter d'un manque de formation et d'une méconnaissance du problème des violences intrafamiliales chez les personnels médicaux. En effet, le manque de formation est souligné par de nombreux médecins dans de multiples études. Il y a une méconnaissance à la fois de l'ampleur du phénomène, des conséquences sur la santé des victimes mais aussi du fait que ce problème touche tous les milieux socio-économiques, âges, religions, etc. (6,39,38,42,36).

Seulement 25% des femmes victimes de violences conjugales déclarent avoir consulté spontanément un médecin pour ce motif. Aucune démarche n'est entreprise pour 55% d'entre elles (8). Le dépistage systématique n'est réalisé que par 7 à 9 % des médecins et est perçu comme inutile voir même nuisible et intrusif chez certains autres médecins (38,39,42). Le caractère chronophage d'une investigation systématique ressort également comme un frein à la mise en place de cette pratique (38,6,42).

Cependant, il a été mis en évidence aux urgences de Vancouver qu'un dépistage systématique permet un meilleur repérage des situations de violences domestiques. Cela

pourrait donc permettre de réduire la morbi-mortalité liée à ce grave problème de santé publique (43).

L'aspect médico-légal ressort également comme étant un frein dans la prise en charge des victimes de violences. De multiples témoignages dénoncent la lourdeur des circuits judiciaires pour les victimes. Beaucoup de médecins craignent des retombées judiciaires, de mal faire un certificat médical initial ou encore d'enfreindre le secret médical (42,44,39,6,38,36).

Une méconnaissance certaine de la législation et des procédures de signalement par les soignants et le manque de liaison et de soutien entre les différentes institutions ne facilitent pas les démarches de la victime(42,45,36,44).

Néanmoins, le médecin est souvent le premier interlocuteur et a ainsi un rôle privilégié dans le dépistage des violences.

1.g – Recommandation de prise en charge des victimes

Il est établi que les professionnels de santé, notamment les médecins jouent un rôle clef dans la prise en charge des victimes de violences intraconjugales. Le médecin doit en effet dépister les violences, en évaluer la gravité, assurer les soins, constituer un dossier, rédiger un certificat médical initial, informer et orienter la patiente (6).

C'est pourquoi l'OMS et l'HAS recommandent aux professionnels de santé d'intégrer systématiquement la question des violences à leurs consultations, pour l'ensemble des femmes (9,10). Il est recommandé de préciser aux patientes que ce questionnement est habituel et qu'il est abordé de façon récurrente à toutes les consultations. Cette démarche permet de rompre le silence, d'ouvrir le dialogue et favorise la prise de conscience des victimes sans entraîner d'effet néfaste (10).

L'HAS rappelle qu'il est d'autant plus important d'aborder le sujet des violences conjugales devant des signes d'alertes tels qu'une dépression, une anxiété, des plaintes fonctionnelles, des douleurs chroniques ou des consultations itératives. Un comportement inhabituel ou inadapté de la patiente ou du conjoint doivent également alerter (10).

L'HAS mentionne également qu'une révélation de la part de la victime est avant tout un acte volontaire et qu'il est préconisé de ne pas insister et de respecter la temporalité de la patiente si celle-ci décide de ne pas se confier. Dans ce dernier cas, il convient tout de même de lui indiquer les aides existantes (10).

Si la patiente décide de révéler la présence de violences au sein de son couple, il est conseillé de lui rappeler que ces actes sont interdits et punis par la loi. Il faut lui transmettre les informations concernant les aides associatives, judiciaires et sanitaires pour lui permettre de se protéger. Le médecin doit également évaluer la gravité de la situation grâce à certains éléments. La présence d'enfants au domicile, une situation à risque telle qu'une grossesse en cours, une rupture, la présence d'arme, des menaces de mort de la part de l'agresseur, la fréquence et l'intensité des violences, leurs conséquences physiques et psychologiques sont autant d'éléments à prendre en compte (10).

La haute autorité de santé recommande également de rédiger un certificat médical initial à chaque consultation en tenant compte du choc émotionnel de la victime (10).

En ce qui concerne la levée du secret médical, depuis juillet 2020, si le médecin estime que la victime est en situation de danger immédiat et qu'elle se trouve sous l'emprise de son agresseur, il est possible, mais non obligatoire, de faire un signalement au Procureur de la République. Il faudra néanmoins s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime ou, en cas d'impossibilité, l'informer de la procédure de signalement (46,47).

Lorsque des enfants sont présents dans le foyer, chaque situation doit faire réfléchir à la levée du secret médical soit par une information préoccupante soit par un signalement judiciaire (10) en précisant que l'accord de la victime n'est pas nécessaire si elle est mineure (46,48).

II – MATÉRIEL ET MÉTHODE

Face à ce constat, un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge des personnes victimes de violences conjugales paraît nécessaire. Notre étude monocentrique observationnelle s'est donc focalisée sur l'évaluation de la prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences de la Timone à Marseille. Nous avons également mis en place une plateforme hospitalière pluridisciplinaire de prise en charge des victimes de violences conjugales, en partenariat avec l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ), le Parquet, la Police, l'Association d'Aide aux Victimes d'Actes de Délinquance (AVAD) et les urgences de la Timone. Cette plateforme a pour but d'améliorer la prise en charge et le parcours de soins des victimes de violences conjugales. Elle a par la suite fait l'objet d'une évaluation.

Dans ce contexte, nous avons également mis en place une formation pluridisciplinaire de trois heures à destination du personnel soignant des urgences.

Ce chapitre détaille les outils utilisés dans le recueil de données pour approcher ces problématiques.

II.a – Évaluation des pratiques

Pour évaluer la prise en charge des professionnels de santé des urgences de la Timone, nous avons réalisé un premier questionnaire (*Annexe 1*) permettant un état des lieux de leurs connaissances et de leurs pratiques concernant les victimes de violences conjugales. Ce questionnaire comprenait quatorze questions, sous forme de questions à choix multiples et de questions à échelle d'attitude avec quatre degrés : « pas du tout d'accord », « pas vraiment d'accord », « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord ». Ce questionnaire a été distribué au personnel médical et paramédical des urgences de la Timone durant le mois de novembre 2021.

Le questionnaire permettait de recueillir des informations sur les soignants : âge, genre, profession, spécialité et ancienneté aux urgences.

Puis nous nous sommes intéressés à leur connaissance des recommandations de la HAS et leur application au sein des urgences, la fréquence des situations de violences conjugales et la qualité perçue de la prise en charge.

Nous avons ensuite recueilli les réponses aux questionnaires dans un tableur Excel. L'analyse des données collectées a ensuite été faite de façon globale puis en sous-groupes. Les sous-groupes comprenaient tout d'abord les différentes catégories professionnelles (personnel médical et paramédical). Nous avons également étudié les sous-groupes par genre, par âge (les soignants de 35 ans et moins, et les plus de 35 ans).

II.b – Plateforme, protocole et formation

Nous avons mis en place en décembre 2020 une plateforme intra-hospitalière pluridisciplinaire de prise en charge des victimes de violences conjugales avec l'UMJ, la Police, le Parquet, l'AVAD et les urgences de la Timone, dont l'objectif était de faciliter le parcours médico-juridique de la victime de violences conjugales. L'idée était en effet de faire se déplacer tous les acteurs de la prise en charge en un même lieu afin de faciliter les démarches de la victime et éviter ainsi les aller-retours entre commissariats, hôpital, UMJ etc.

Après avoir donné des explications claires sur son déroulement et ses conséquences, l'entrée dans cette procédure devait être proposée à toutes les victimes de violences conjugales admises aux urgences de la Timone, qu'elles souhaitent déposer plainte ou non. Si la victime donnait son accord, le service de police était informé par téléphone et recevait également une fiche de renseignement par mail contenant les informations nécessaires au lancement des démarches. Une réquisition était alors envoyée par la police directement à l'UMJ. Un médecin légiste examinait et rédigeait (en consultation à l'UMJ en heures ouvrables ou directement aux urgences en permanence de soins) un certificat médical initial avec ITT qui était ensuite directement transmis à la Police et au Parquet. Que la patiente souhaite porter plainte ou non, la Police se déplaçait si besoin, aux urgences pour l'entendre en fonction de la gravité de la situation et de la disponibilité des équipes. Si la Police ne se déplaçait pas, la victime était entendue dans un second temps, de façon très rapprochée. L'AVAD était également informée par mail et par téléphone (en heures ouvrables) et se

déplaçait aux urgences pour s'entretenir avec la patiente et lui apporter gratuitement un soutien psychologique, juridique et si besoin une solution d'hébergement. À la sortie des urgences, il était également remis à la patiente les coordonnées des associations utiles.

Si la patiente ne souhaitait pas rentrer dans le protocole, des coordonnées d'associations de victimes comme l'AVAD, SOS femmes, la maison départementale de la solidarité et la permanence d'écoute téléphonique 3919 lui étaient fournies, ainsi qu'un CMI établi par le médecin des urgences.

Si la patiente ne parlait pas français, des formulaires d'information lui expliquant ses droits étaient mis à disposition dans plusieurs langues.

Un protocole détaillé (*Annexe 2*) expliquant la procédure et fournissant tous les contacts nécessaires était mis à disposition du personnel médical et paramédical à la fois en version papier dans les urgences et en version numérique sur tous les ordinateurs.

Dans le cadre de la mise en place de cette plateforme, une formation d'environ trois heures a eu lieu le 2 décembre 2020 pour les internes, assistants et praticiens hospitaliers. Cette formation faisait intervenir différents acteurs issus d'associations de victimes, de la Police, du Parquet, de l'UMJ et des urgences. Elle avait pour but d'informer le personnel médical sur les mécanismes des violences conjugales, de le sensibiliser à son dépistage et sa prise en charge et présenter la plateforme nouvellement mise en place ainsi que tous ses intervenants.

Le personnel paramédical, dans sa grande majorité, n'a pas pu recevoir la formation durant la durée de notre étude, celle-ci débutera en novembre 2021.

II.c – Recueil des données patients

Nous avons recueilli durant six mois, du 1^{er} décembre au 1^{er} juin, les données des victimes de violences conjugales prises en charge aux urgences de la Timone.

Pour cela nous avons utilisé le logiciel Terminal Urgence (TU). Une case devait être cochée sur le logiciel par les médecins lorsqu'un patient se présentait pour violences

conjugales. Un e-mail nous était alors envoyé automatiquement avec le numéro de séjour et la date d'admission de la victime. Une relecture systématique des dossiers avait lieu pour éliminer les patientes incluses par excès.

Pour ne pas omettre d'inclusion nous avons également extrait de TU les données des patientes admises en identité protégée. Nous avons inclus, après relecture systématique des dossiers, toutes celles s'étant présentées pour violences conjugales.

L'UMJ et l'AVAD nous ont transmis la liste de patientes étant passées par les urgences et vues en consultation pour violences conjugales. Nous avons pu ainsi recouper les informations et inclure les patientes non incluses via le TU.

Nous n'avons pas pu comparer nos données à celles de la Police.

Nous avons extrait dans un tableur Excel certaines données des dossiers : le genre, l'âge, la date et l'heure de consultation aux urgences, la date de consultation à l'UMJ s'il y en avait une, et la consultation à l'AVAD s'il y en avait une.

À noter que les données étaient recueillies de façon anonyme dans le tableur grâce à des numéros.

II.d – Évaluation de la plateforme

Un nouveau questionnaire (*Annexe 3*) a ensuite été redistribué aux professionnels de santé des urgences de la Timone. L'objectif était d'évaluer les pratiques après la formation et la mise en place de la plateforme.

Ce questionnaire comprenait vingt-trois questions, sous forme de questions à choix multiples et de questions à échelle d'attitude avec quatre degrés : « pas du d'accord », « pas vraiment d'accord », « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord ». Ce questionnaire a été distribué au personnel médical et paramédical des urgences de la Timone durant le mois de juin 2021.

La première partie du questionnaire reprenait les mêmes questions que le premier, à savoir les informations sur les soignants et leur connaissance de la problématique. La

deuxième partie concernait l'application du protocole, ses bénéfices, ses limites, et les difficultés spécifiques rencontrées durant sa mise en pratique.

Nous avons recueilli les réponses aux questionnaires dans un tableur Excel. L'analyse des données collectées a ensuite été faite de façon globale puis en sous-groupes. Les sous-groupes comprenaient tout d'abord les différentes catégories professionnelles (personnel médical et paramédical). Nous avons également étudié les sous-groupes par genre, par âge (les soignants de 35 ans et moins, et les plus de 35 ans) et par professionnels ayant reçu la formation ou non.

III – RÉSULTATS

III.a – Résultats du premier questionnaire

Nous avons recueilli les réponses de 116 soignants incluant 4 externes, 26 aides-soignants, 39 infirmiers, 23 internes, 4 assistants ou docteurs juniors et 20 praticiens hospitaliers travaillant aux urgences de la Timone en 2021. Pour le personnel médical cela correspond à 81% de participant et pour le personnel paramédical 32,8%.

La moyenne d'âge des participants était de 33 ans avec une médiane de 31 ans. On retrouvait 73% de femmes et 27% d'hommes. L'ancienneté moyenne aux urgences était de 5,3 ans avec une médiane de 3,5 ans. Parmi les médecins 59,6% avaient une formation d'urgentiste, 38,3% une formation de médecin généraliste et 2,1% de réanimateur.

Dans 13,6 % des cas, les soignants connaissaient les recommandations de la HAS et dans 14,6% ils les appliquaient aux urgences. Parmi les 84,5% de soignants n'appliquant pas les recommandations, 33,3% pensaient que le manque de temps était un facteur limitant le dépistage. La méconnaissance de ces recommandations était en cause pour 88,9% des soignants et l'oubli pour 83,4%. Les professionnels de santé avaient peur de mettre mal à l'aise les patientes en leur posant la question des violences dans 25,2% des cas. Pour 35,3% des

soignants la crainte de ne pas savoir gérer la suite de la prise en charge les freinait dans le dépistage. Une expérience personnelle décourageante limitait le dépistage pour 4% des soignants. Le dépistage systématique de chaque patiente était considéré comme faisant partie

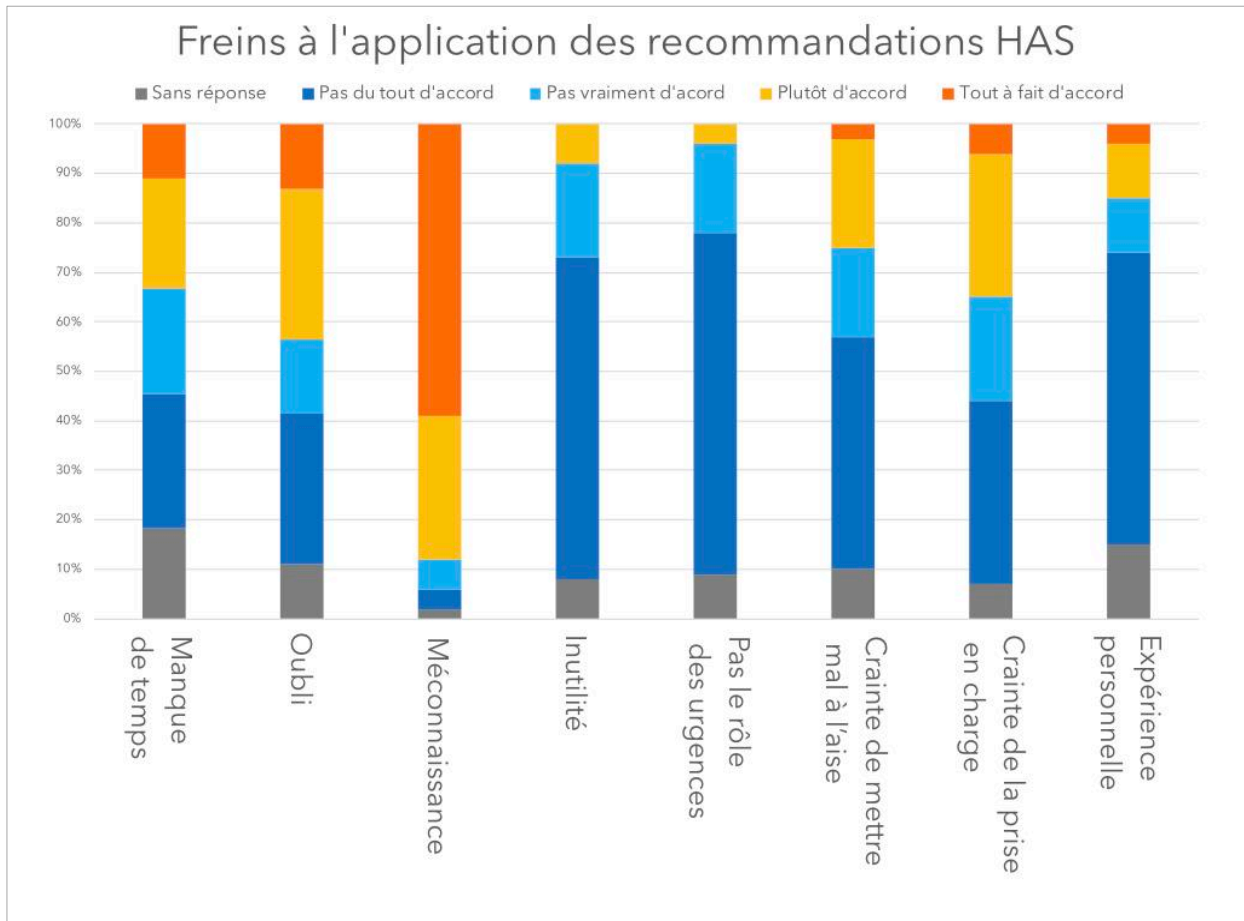


Figure 2 : histogramme des réponses en pourcentage à la question 8 du questionnaire n°1 : Pourquoi ne pas appliquer les recommandations de la HAS ?

du rôle des urgences pour 87,8% des soignants et 84,8% trouvaient ce dépistage utile. Aucun autre motif n'a été rapporté pour cette question (Figure 2).

Sur tous les professionnels de santé interrogés, 71,5% déclaraient ne pas questionner les patients sur les violences conjugales même devant un signe d'appel.

Nos résultats montrent que 85,3% des soignants interrogés avaient déjà été confrontés à une situation de violences conjugales. Parmi eux, 3,4% déclaraient en accueillir plusieurs fois

par semaine, 17,2% une fois par semaine, 25% une fois par mois et 39,6% moins d'une fois par mois. Pour 66,3% des professionnels de santé, la prise en charge des victimes de violences conjugales n'était pas optimale. Pour 76,2% des soignants la méconnaissance des recommandations entravait la bonne prise en charge. Dans 79,2% des cas, un refus de la victime et dans 46,3% des cas, un dialogue difficile étaient dénoncés comme limitant la prise en charge optimale de la patiente. Le manque de temps était souligné par 41,5% des soignants. L'absence d'interlocuteur aidant dans la prise en charge était à l'origine d'un mauvais accompagnement pour 84,1% des professionnels de santé. Une mauvaise coordination avec la Police était impliquée pour 67,1% des soignants, et avec l'UMJ pour 59,7%. L'absence de protocole spécifique de prise en charge au sein du service était dommageable pour 58,5% des soignants. La difficulté de trouver un logement pour une mise à l'abri des victimes a également été rapportée spontanément trois fois comme un facteur de mauvaise prise en charge (*Figure 3*).

L'analyse en sous-groupes du personnel médical (regroupant externes, internes, assistants ou docteurs juniors et praticiens hospitaliers) fait apparaître que 19,1% des 47 médecins connaissaient les recommandations de la HAS et que 10,6% les appliquaient. La crainte de ne pas pouvoir prendre en charge correctement la victime freinaient 81,8% des médecins dans leur dépistage. La totalité des assistants, docteurs juniors et des praticiens hospitaliers avaient déjà été confrontés à une situation de violences conjugales. Trois internes sur 23 déclaraient n'en avoir jamais pris en charge. Parmi les médecins ayant déjà été confrontés à des situations de violences conjugales, 7% déclaraient en voir plusieurs fois par semaine, 27% une fois par semaine, 36% une fois par mois et 30% moins d'une fois par mois. Selon 84% des médecins, la prise en charge des victimes de violences conjugales n'était pas optimale.

Freins à une prise en charge optimale des victimes de violences conjugales

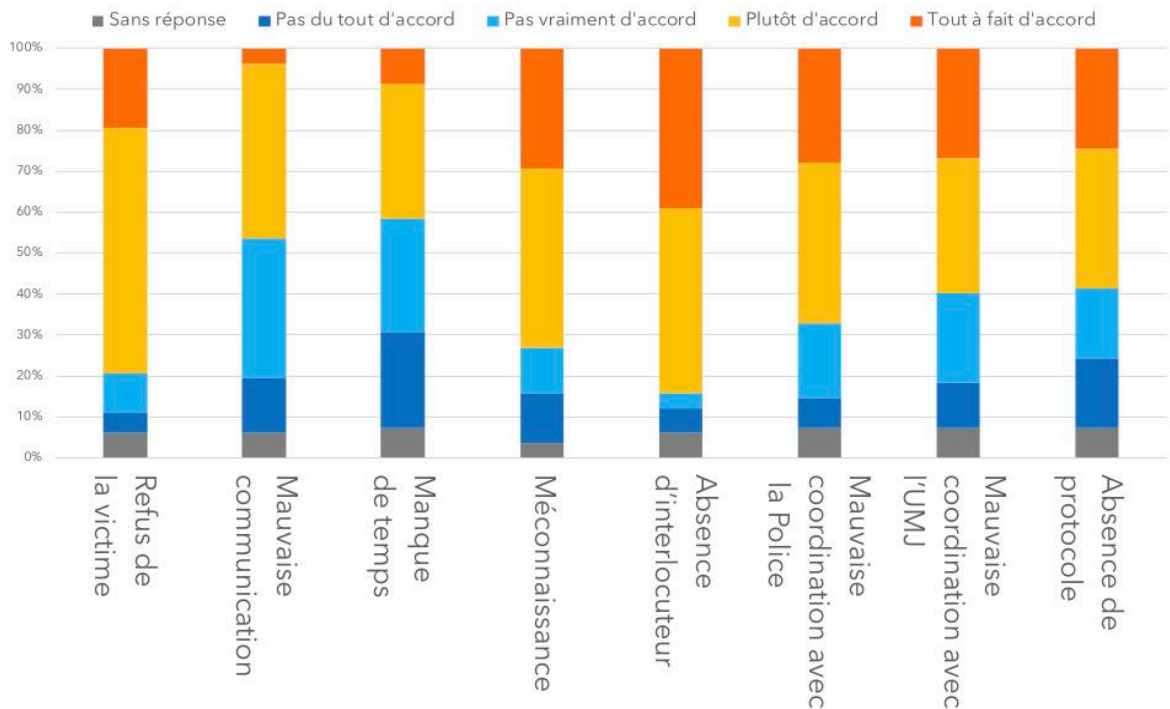


Figure 3 : histogramme des réponses en pourcentage à la question 14 du questionnaire n°1 : Pourquoi la prise en charge des victimes de violences conjugales ne vous paraît pas optimale ?

L'analyse en sous-groupes fait apparaître que 83% du personnel paramédical (IDE et aides-soignants) avaient déjà été confrontés à une situation de violences conjugales aux urgences. Pour 1,8% d'entre eux les situations paraissaient récurrentes plusieurs fois par semaine, pour 14,5% une fois par semaine, pour 23,6% une fois par mois et pour 60% moins d'une fois par mois.

L'analyse en sous-groupe comparant les réponses en fonction du genre fait apparaître que 50% des hommes ne dépistaient pas les violences conjugales par crainte de mettre mal à l'aise les victimes contre 29,8% des femmes.

L'analyse en sous-groupe comparant les moins de 35 ans et les plus de 35 ans montre que 42,4% des moins de 35 ans ne dépistaient pas les violences conjugales par crainte de ne pas savoir les prendre en charge, contre 21,2% des plus de 35 ans.

III.b – Résultats du deuxième questionnaire

Pour ce deuxième questionnaire nous avons recueilli les réponses de 83 soignants incluant 26 aides-soignants, 29 infirmiers, 10 internes, 4 assistants ou docteurs juniors et 12 praticiens hospitaliers travaillant aux urgences de la Timone en 2021. Pour le personnel médical cela correspond à 44,8% de participant et pour le personnel paramédical 27,8%.

La moyenne d'âge des participants était de 36 ans avec une médiane de 35 ans. On retrouvait 69% de femmes et 31% d'hommes. L'ancienneté des soignants interrogés était en moyenne de 8,4 ans aux urgences de la Timone pour une médiane de 5 ans. Parmi les soignants 67,5% travaillaient uniquement de jour et 31,3% travaillaient à la fois de jour et de nuit. Parmi les médecins 65,4% avaient une formation d'urgentiste, 26,9% une formation de médecin généraliste et 7,6% de réanimateur. La formation portant sur les violences conjugales a été délivrée au personnel médical, soit à 30,1% des professionnels de santé.

Les recommandations de la HAS étaient connues pour 39,7% des soignants et appliquées pour 32,5% contre respectivement 13,6% et 14,6% lors du premier questionnaire. Sur tous les professionnels de santé interrogés, 57,8% déclaraient ne pas questionner les patientes sur les violences conjugales même devant un signe d'appel contre 71,5% lors du premier questionnaire.

Le nouveau protocole de prise en charge mis en place aux urgences était toujours utilisé par 28,2% des soignants. Il l'était parfois pour 24,3% et n'était jamais utilisé par 47,4% des soignants. Pour ceux qui ne l'ont pas utilisé, parmi les raisons évoquées on retrouvait dans 53,8% des cas l'ignorance de la mise en place du protocole. Dans 32,7% des cas une difficulté d'accès au protocole était rapportée, une difficulté de compréhension de celui-ci dans 21,2% des cas et un oubli dans 21,1% des cas. Les différents intervenants ont été déclarés injoignables par 26,9% des soignants. La victime a refusé l'utilisation du protocole pour 46,1% des soignants. Le manque de temps était considéré comme un frein à l'utilisation du protocole pour 36,5%. Pour 78,8% des soignants, le protocole était perçu comme utile (Figure 4).

Parmi les professionnels de santé ayant utilisé le protocole, 12,2% déclaraient avoir toujours rencontré des difficultés lors de son application, 48,9% déclaraient en avoir parfois et 38,8% n'en avaient jamais rencontrées. Parmi ceux qui ont été confrontés à des difficultés, 18,6% exprimaient des difficultés d'accès au protocole dans le service, 18,6% des difficultés

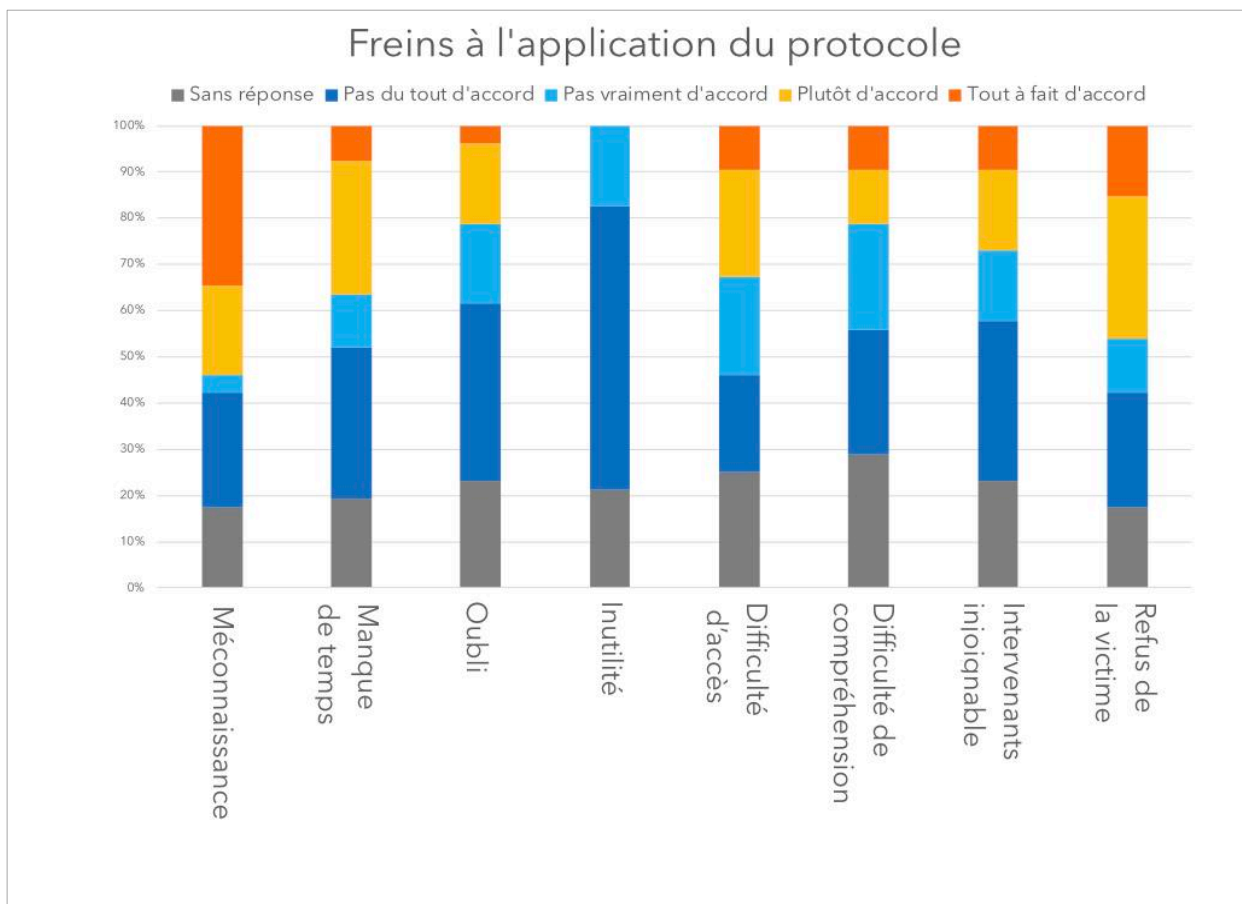


Figure 4 : histogramme des réponses en pourcentage à la question 16 du questionnaire n°2 : Quelles étaient les raisons de ne pas appliquer le protocole ?

de compréhension de celui-ci et 39,5% des difficultés lors de l'envoi de la fiche de

renseignements. Pour 30,2% des soignants les difficultés résultaient dans l'explication du protocole à la victime et pour 18,6 % dans le recueil d'information sur la fiche de renseignements. Des difficultés à joindre la Police étaient rapportées pour 37,2% des soignants et pour joindre l'AVAD pour 25,6%. Le protocole était trop chronophage pour 34,8% des soignants. Dans 44,4% des cas, les soignants ont déclaré que les intervenants joints ne connaissaient pas le protocole. Les difficultés étaient, pour 39,2% des soignants, plutôt rencontrées la nuit et plutôt le week-end pour 21,6%. Il n'y avait pas de différence entre les plages horaires pour 49% du personnel (*Figure 5*).

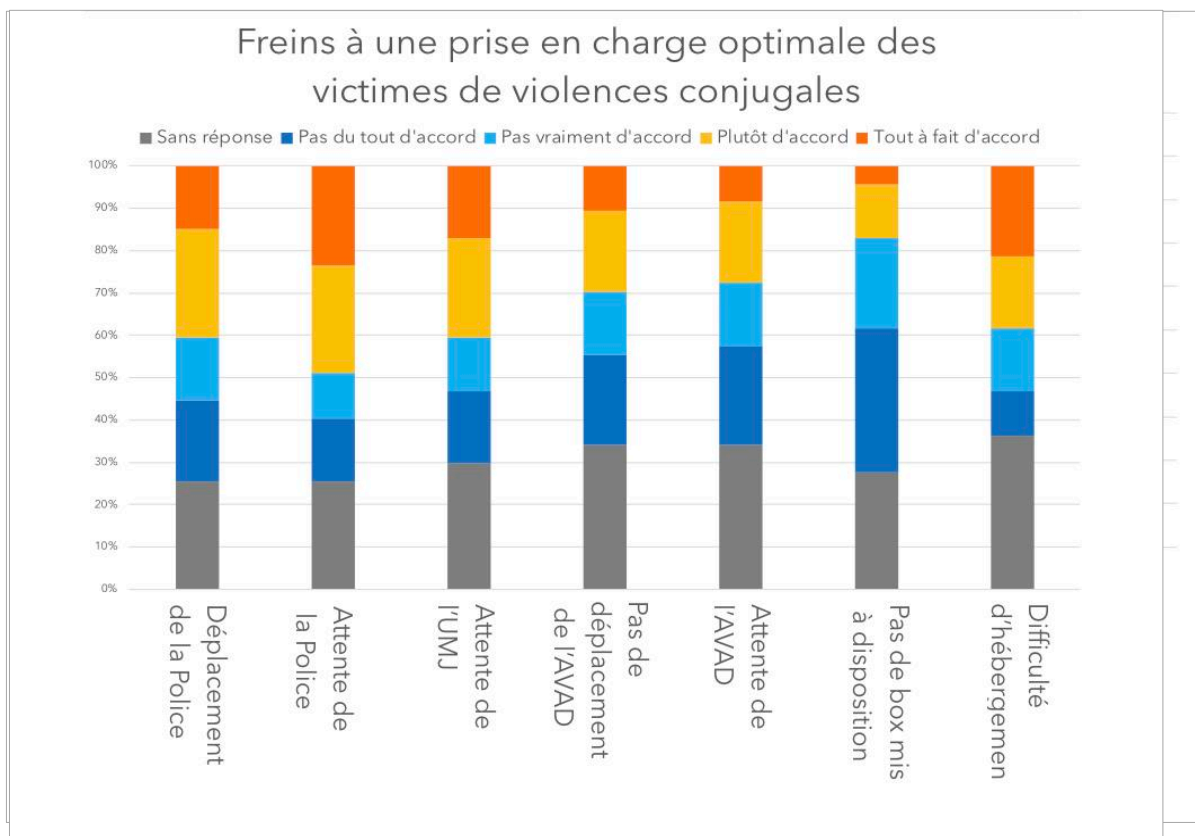


Figure 6 : histogramme des réponses en pourcentage à la question 21 du questionnaire n°2 : Quelles étaient les raisons d'une prise en charge non optimale ?

La prise en charge des victimes semblait toujours optimale avec le protocole chez 29,1% des soignants l'ayant utilisé, elle l'était parfois pour 60,4% des soignants et ne l'était jamais pour 10,4%. Parmi les raisons évoquées comme possible frein à une prise en charge optimale, la non-venue de la Police aux urgences était soulevée par 40,4% des soignants et la non-venue des référents de l'AVAD en permanence de soins par 29,7%. L'attente trop longue de la Police était évoquée par 48,9% des soignants, du médecin légiste en permanence de soins par 40,4% et des référents de l'AVAD par 27,6% des soignants. La difficulté de mise à disposition d'un box aux urgences pour réaliser un entretien était soulignée par 17% des soignants et 38,3% déploraient un manque de solution d'hébergement. Selon 90,4% des soignants, le protocole permettait, malgré certaines difficultés rencontrées, une meilleure prise en charge des patientes victimes de violences conjugales (Figure 6).

L'analyse en sous-groupes du personnel médical fait apparaître que 80,7% des 26 médecins interrogés avaient reçu la formation sur les violences conjugales. Les

recommandations HAS étaient connues par 73,1% et appliquées par 42,3%. Le manque de temps était un frein au dépistage pour 93,7% des médecins et la crainte de ne pas délivrer une prise en charge satisfaisante à la victime pour 25%. Lorsque le dépistage n'était pas réalisé, c'était pour 81,2% des médecins, par omission. Après la mise en place du protocole, 46,1% des médecins confrontés à une situation de violences conjugales déclaraient avoir toujours suivi le protocole, 65,4% déclaraient l'avoir parfois suivi et 7,7% ne l'avaient jamais fait. Parmi le personnel médical ayant utilisé le protocole, 20,8% déclaraient avoir toujours rencontré des difficultés lors de son application, 70,8% déclaraient en avoir parfois rencontrées et 8,3% n'en n'ont jamais rencontrées. Les difficultés étaient pour 66,6% des médecins plutôt la nuit et pour 33,3% plutôt le weekend.

L'analyse en sous-groupes du personnel paramédical fait apparaître que seulement 7,8% des 51 IDE et aides-soignants interrogés ont reçu la formation sur les violences conjugales.

L'analyse en sous-groupe comparants les résultats des soignants ayant reçu la formation et de ceux qui ne l'avaient pas reçue fait apparaître que 76% du personnel formé connaît les recommandations de la HAS (*Figure 7*) et que 48% les appliquent (*Figure 8*). Chez les soignants n'ayant pas reçu cette formation 24,1% les connaissent (*Figure 9*) et 25,8% les appliquent (*Figure 10*). Parmi les soignants formés n'appliquant pas les recommandations, 66,6 % ne le faisaient pas par omission et 80 % par manque de temps. Pour 75% des soignants non formés, les recommandations n'étaient pas appliquées par méconnaissance de celle-ci. La crainte de ne pas savoir prendre en charge correctement la victime freinait le dépistage pour 25% des soignants formés et pour 38,6% des non formés. Sur tous les professionnels de santé formés, 60% déclaraient dépister les patientes devant un signe d'appel, contre 31% chez les soignants non formés. Parmi les soignants formés 48% suivaient toujours le protocole, 48% le suivaient parfois et 4% jamais. Parmi les soignants n'ayant pas suivi la formation 18,9% appliquaient toujours le protocole, 13,2% l'appliquaient parfois et 73,6% jamais.

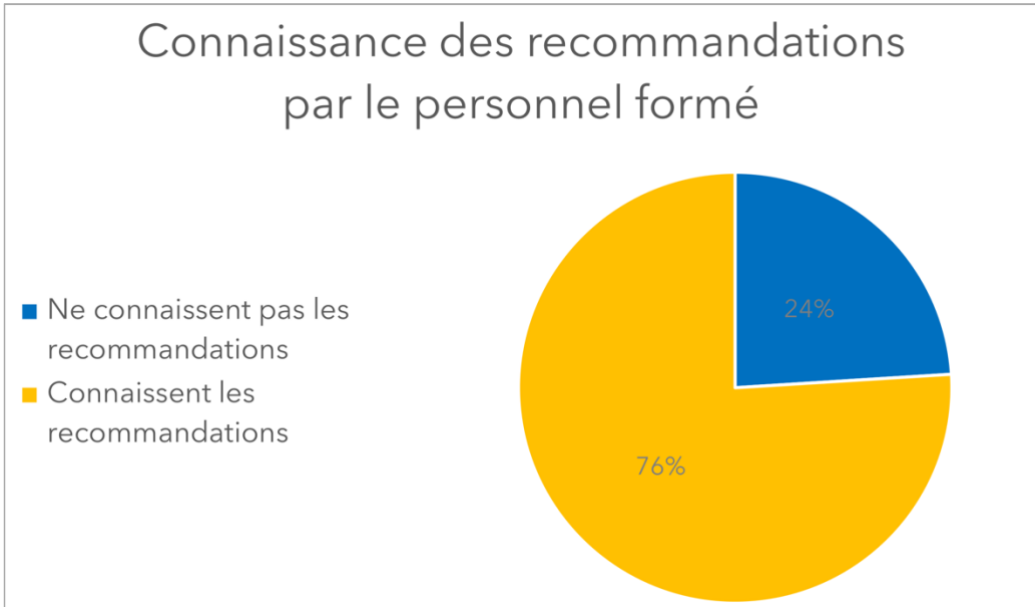


Figure 7 : Graphique en secteur : pourcentage du personnel formé ayant connaissance des recommandations de dépistage de la violence conjugale

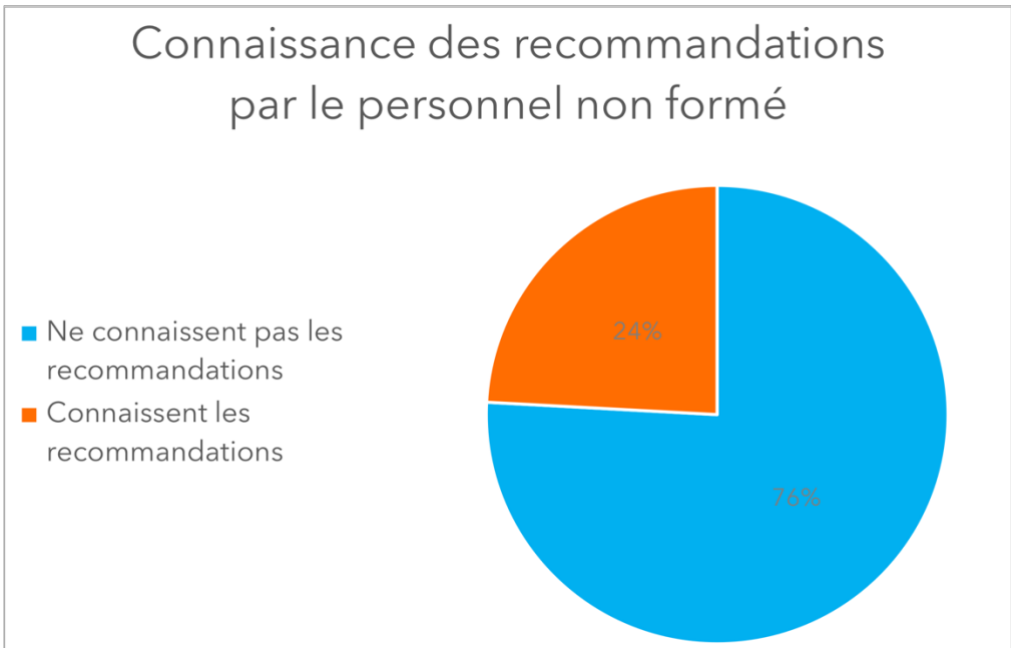


Figure 9 : Graphique en secteur : pourcentage du personnel non formé ayant connaissance des recommandations de dépistage de la violence conjugale

Application des recommandations par le personnel formé

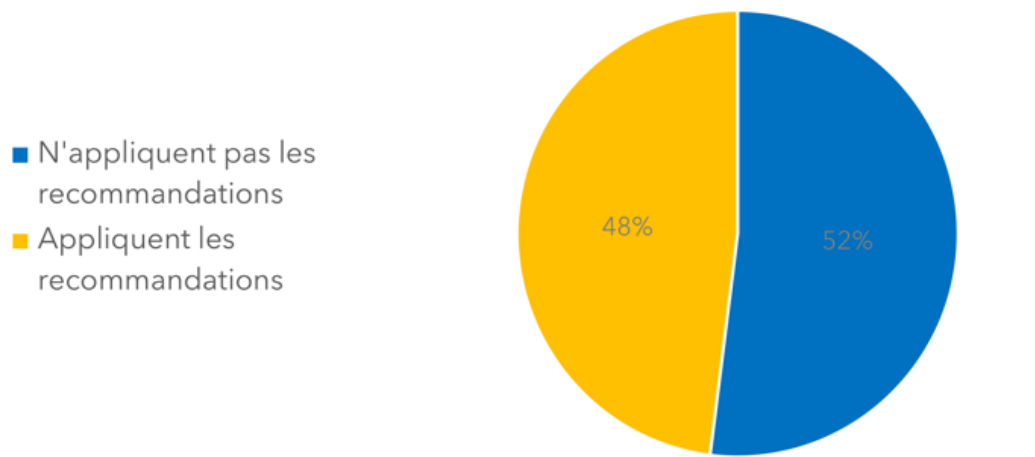


Figure 8 : Graphique en secteur : pourcentage du personnel formé appliquant les recommandations de dépistage de la violence conjugale

Application des recommandations par le personnel non formé

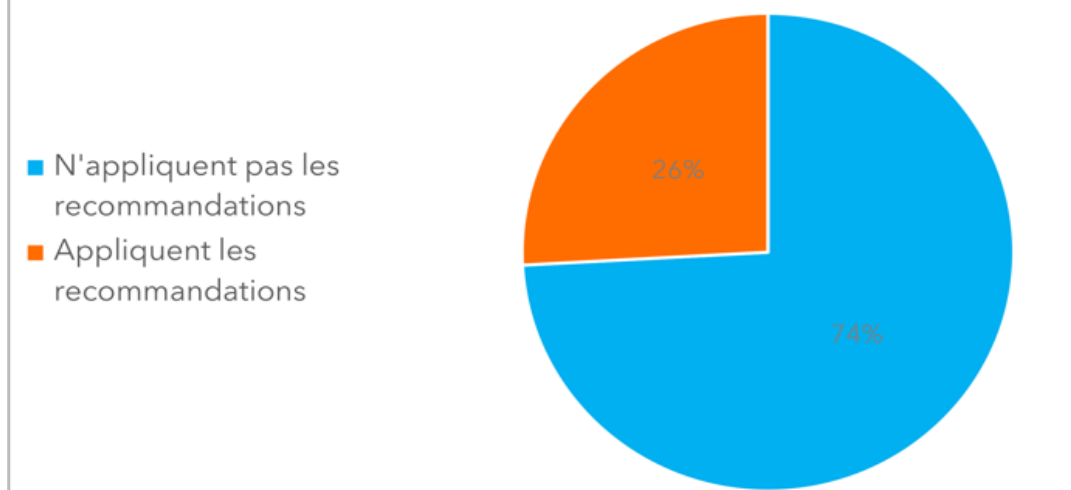


Figure 10 : Graphique en secteur : pourcentage du personnel non formé appliquant les recommandations de dépistage de la violence conjugale

Durant la période d'inclusion, 84 patientes ont été admises pour violences conjugales aux urgences de la Timone. La totalité des victimes étaient des femmes. La moyenne d'âge était de 35 ans avec une médiane à 32 ans. La plus jeune patiente avait 16 ans et la plus âgée 76 ans.

Parmi elles, 22 patientes sont entrées dans le protocole et ont bénéficié d'une prise en charge avec consultation à l'UMJ, rédaction d'un CMI avec ITT par un médecin légiste et transmission de celui-ci à la Police et au Parquet. La consultation avec l'UMJ avait lieu, pour la moitié des victimes, dans les 24h après leur consultation aux urgences. Sinon le délai moyen était de 4,4 jours. Parmi-elles 13 ont également été vues par l'AVAD.

Parmi les 62 patientes qui n'ont pas été incluses dans le protocole, 17 ont quand même eu un entretien avec l'AVAD et 3 ont été vues à l'UMJ.

Durant les 6 mois d'inclusion 29,4% des patientes ayant consulté le weekend ont bénéficié du protocole et 25,4% des patientes ayant consulté en semaine ont été incluses. Il y a eu 54,8% de consultation le jour entre 7h30 et 17h30 et 45,2% la nuit entre 17h30 et 7h30. On retrouve 31,8% de patientes incluses dans le protocole durant la nuit et 68,1% incluses le jour.

En décembre 12 patientes se sont présentées aux urgences pour violences conjugales et 33,3% ont été incluses dans le protocole. En Janvier il y a eu 13 patientes et 30,7% d'entre-elles ont été incluses. En Février, 10 patientes consultaient pour violences conjugales dont 10% ont bénéficié du protocole. En Mars 26 patientes se sont présentées aux urgences pour violences conjugales et 38,5% ont été incluses dans le protocole. En Avril il y a eu 9 patientes et 11,1% ont été incluses. En Mai il y a eu 12 patientes consultant pour violences conjugales dont 8,3% ont bénéficié du protocole.

IV – DISCUSSION

Cette étude observationnelle monocentrique s'est donc intéressée à la prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences de la Timone et plus précisément à la mise en place récente d'une plateforme hospitalière pluridisciplinaire.

Les principaux résultats de notre premier questionnaire mettent en évidence que très peu de soignants connaissent et appliquent les recommandations de la HAS sur la prise en charge des violences conjugales par les professionnels de santé. Ils ne connaissent notamment pas la notion de dépistage systématique aux urgences, et ne posent pas non plus la question des violences lorsque la patiente présente un signe d'appel. Pourtant la quasi-totalité du personnel a déjà été confrontée à une situation de violences conjugales au sein des urgences.

Il apparaît que le principal facteur limitant le dépistage des victimes est la méconnaissance des recommandations, suivi par le manque de temps et l'oubli. On a pu également mettre en évidence que près d'un tiers des soignants ne recherchaient pas ces violences de peur de ne pas pouvoir assurer une bonne prise en charge à la victime.

Ces résultats concordent avec ceux des différentes études réalisées sur le sujet qui montrent que les soignants ont des difficultés à reconnaître les signes de violences conjugales et méconnaissent les mécanismes et les possibilités de prise en charge. La chronophagie a souvent été retrouvée comme un facteur freinant le dépistage en consultation (36,38,41,42).

Dans ces études les soignants trouvaient inutile, voir nuisible, le dépistage de chaque femme. Dans nos résultats, une large majorité pense au contraire, que ce dépistage fait partie du rôle des urgences et serait utile pour les patientes. Cette différence peut s'expliquer par l'évolution de la perception des violences faites aux femmes dans notre société. Le sujet des violences conjugales est en effet davantage abordé et en des termes appropriés dans les médias et par les politiques. Passées de simples faits divers à réel problème sociétal, les violences conjugales sont en effet aujourd'hui dénoncées sur les réseaux sociaux et dans les médias traditionnels (49). Avec l'instauration du Grenelle des violences conjugales du 3 septembre 2019, le gouvernement met également en lumière cette problématique. Dans ce contexte, on peut penser que les professionnels de santé sont plus sensibilisés à la nécessité d'un dépistage précoce de ces violences.

Pour la majorité des soignants ayant été confrontés à des situations de violences conjugales, la prise en charge n'était pas considérée comme optimale. Le manque d'interlocuteurs pouvant aider à l'accompagnement spécifique des victimes aux urgences semble être le principal facteur limitant la bonne prise en charge des patientes. En effet, la prise en charge classique en France pour une victime de violences conjugales peut être un véritable parcours du combattant avec des allers-retours entre commissariat, hôpital et unité de médecine légale, dans le but d'obtenir le CMI qui leur permettra de déposer une plainte qui débouchera elle-même sur une réquisition de l'UMJ etc. Dans ce parcours complexe, les professionnels de santé eux-mêmes sont souvent perdus car ils ne maîtrisent pas la problématique et ne peuvent donc pas aider de façon optimale les victimes (44).

Le deuxième facteur limitant indiqué par l'étude est le refus fréquent d'aide spécialisée de la part des patientes. Comme on l'a vu dans la partie « *Les mécanismes de la peur et de*

l'emprise », la victime peut en effet très vite changer de positionnement après s'être rendue aux urgences dans les suites de violences conjugales. La culpabilité, la résignation ou l'espoir liés à l'emprise de l'agresseur et l'impuissance acquise empêchent les patientes de considérer les solutions possibles pour mettre fin à leur condition (32,34).

L'étude en sous-groupe montre également que parmi les soignants interrogés, les hommes ont davantage de crainte de mettre mal à l'aise les victimes en les questionnant. Ces résultats vont dans le sens de certaines études qui s'interrogent sur les différences de pratique suivant le genre du médecin. L'une d'entre elles montre que les médecins hommes ont plus de difficultés à aborder les aspects psycho-sociaux des pathologies et posent, de manière générale, moins de questions à leurs patients (50). Une autre étude réalisée sur la gestion des violences conjugales par les médecins généralistes en fonction de leur genre rapporte que les femmes médecins sont davantage impliquées émotionnellement tandis que les hommes gardent leurs distances (51).

Les résultats montrent que les jeunes soignants ont plus souvent peur de ne pas savoir prendre en charge les victimes. Ces résultats peuvent éventuellement s'expliquer du fait de leur moindre expérience de ces situations et de leur manque de formation.

Le second questionnaire a été réalisé après la mise en place de la plateforme (*cf. II.b*) et après formation des soignants. A noter que nous n'avions pas pu délivrer la formation au personnel paramédical, seuls quelques cas exceptionnels avaient reçu une formation personnelle antérieure.

On peut voir que le taux de soignants appliquant les recommandations de dépistage est doublé suite à la formation. Parmi le personnel formé, il apparaît que le manque de temps est encore une fois au cœur du problème.

Les principaux résultats montrent également que les soignants ayant suivi la formation ont moins d'inquiétude quant à leur capacité de prise en charge des victimes.

Le plus souvent, la plateforme n'était pas utilisée par les soignants formés du fait du refus de la victime. Les soignants rapportaient également des difficultés à joindre les différents intervenants. Dans les cas où la plateforme était utilisée, les soignants ont exprimé une méconnaissance du protocole de prise en charge par certains intervenants. Cela peut être

expliqué par la nouveauté de cette plateforme avec une adaptation et une mise en place parfois compliquée, notre évaluation ayant été faite sur les 6 premiers mois directement après la signature du protocole entre tous les partenaires.

Malgré certaines difficultés énoncées ci-dessus, la quasi-totalité des soignants s'accordent à dire que la mise en place de cette plateforme représente un réel bénéfice pour la prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences. Ce constat paraît logique quand on reprend les résultats du premier questionnaire dans lequel une partie importante des soignants ne dépistaient pas les violences conjugales de peur de ne pas savoir les prendre en charge, et où certains relevaient l'absence d'interlocuteurs spécialisés pour les aider.

Cette plateforme répond en effet à ces deux problématiques en permettant un parcours simplifié et standardisé avec des intervenants bien identifiés et joignables 24h/24 pour la Police et l'UMJ, et 12h/24 pour l'AVAD.

Certains soignants interrogés soulignaient également l'apport du recours systématique à l'AVAD pour l'accompagnement et l'hébergement des victimes.

Dans notre étude, seul le point de vue des soignants des urgences a été consulté. Or il paraît important d'avoir également le point de vue des victimes quant à leurs attentes en venant aux urgences, leur avis sur la prise en charge, etc. Cela pourrait faire l'objet d'une autre étude et pourrait ouvrir d'autres pistes d'amélioration de la plateforme en place. Cela permettrait également de préciser les caractéristiques épidémiologiques des victimes de violences conjugales.

De la même façon, il serait intéressant de connaître le point de vue des autres intervenants en utilisant également des questionnaires d'évaluation.

Notre étude montrait clairement que les personnels formés, ne serait-ce que trois heures, maîtrisaient mieux la problématique des violences conjugales, et notamment appliquaient mieux les recommandations de la HAS sur le dépistage et la prise en charge des victimes de violences conjugales. Il apparaissait également qu'ils maîtrisaient mieux le fonctionnement de la plateforme, avec probablement *in fine* une prise en charge plus optimale de la victime.

Par ailleurs on peut voir dans nos résultats que les inclusions des patientes dans le protocole est moins importante sur les derniers mois de notre étude. Il y a, pour le même nombre de patientes s'étant présentées aux urgences pour violences conjugales, 33,3% d'inclusions dans le protocole en décembre 2020 contre 8% en mai 2021. Des études sur le sujet montrent que les interventions brèves ne semblent pas entraîner de changement des pratiques médicales sur le long terme (52). Il paraît donc important de poursuivre la formation continue des professionnels médicaux et d'ouvrir cette formation aux paramédicaux, ce qui est prévu pour novembre 2021. Ainsi, une formation pourrait être proposée à chaque nouveau semestre d'internat réunissant également les nouveaux docteurs juniors, praticiens hospitaliers, IDE ou aides-soignants ne l'ayant pas encore reçue. Enfin celle-ci pourrait être également à renouveler régulièrement pour tous les soignants. Cela permettrait de ne pas méconnaître la législation qui évolue sur ce sujet et les nouvelles recommandations médicales.

D'après nos résultats, en moyenne 14 patientes par mois se présentent pour violences conjugales aux urgences de la Timone. Soit en moyenne une patiente tous les deux jours. Ces chiffres sont probablement sous-estimés étant donné que 55% des victimes de violences ne font aucune démarche et que beaucoup n'ose pas aborder le sujet si on ne les questionne pas en consultation. Seulement 25% des victimes consultent un médecin pour des violences conjugales (5).

Il ne s'agit donc pas de situations exceptionnelles, et il est important que le personnel médical et paramédical soit formé à sa prise en charge. De plus les victimes préfèrent aborder le sujet des violences avec les soignants plutôt qu'avec les forces de l'ordre ou les représentants de leur culte (53). Les infirmiers, les aides-soignants et les médecins occupent donc une place privilégiée dans le dépistage, l'accueil et le soutien des victimes de violences conjugales.

Même si nous n'avons pas pu réaliser d'étude épidémiologique précise des victimes de violences conjugales (notamment la catégorie socio-professionnelle), il paraît important de souligner que cette problématique peut concerner toutes les tranches d'âge, comme le soulignent les résultats de notre étude avec une moyenne d'âge de 35 ans et des victimes allant de 16 à 76 ans. A noter également que la totalité des victimes dans cette étude étaient

des femmes. Ces résultats vont tout à fait dans le sens des recommandations de la HAS qui préconise un dépistage systématique de toutes les femmes consultant aux urgences, pour quelque motif que ce soit.

Il est cependant important de rappeler que même si nous n'en retrouvons pas dans notre étude, les hommes peuvent également être victimes de violences au sein du couple.

Notre étude connaît certaines limites. Tout d'abord les soignants étaient libres de répondre ou non à nos questionnaires ce qui peut entraîner un biais de volontariat. La grande majorité du personnel paramédical ayant répondu aux questionnaires travaillait uniquement en journée, engendrant un biais de sélection. Lors du second questionnaire nous avons obtenu moins de réponses du personnel médical ce qui pourrait entraîner un biais de non-réponse sans que l'on puisse dire si les résultats ont été sur ou sous-estimés. Nous pouvons également rencontrer un biais de répondant qui surestimerait les résultats.

A noter également que seuls les personnels médicaux ont été formés pendant notre étude.

V – CONCLUSION

Les violences conjugales constituent un véritable enjeu de santé publique. Elles toucheraient 20 à 30% des femmes au cours de leur vie. L'emprise de l'agresseur sur la victime est un des éléments clefs de ces violences et les retentissements sur la santé physique et mentale des victimes sont considérables.

Les consultations pour violences conjugales sont fréquentes aux urgences avec, à l'hôpital de la Timone, en moyenne une consultation tous les deux jours, bien que ces chiffres soient probablement sous-estimés. La quasi-totalité des soignants interrogés dans notre étude y a déjà été confrontée.

Néanmoins les professionnels de santé semblent méconnaître les recommandations de bonnes pratiques, et ne semblent pas à l'aise avec le dépistage et la prise en charge des victimes. Les résultats de notre étude montrent que la formation du personnel médical et la mise en place d'un parcours de soins spécifique au sein des urgences, faisant intervenir l'UMJ, l'AVAD, la Police et le Parquet, semblent améliorer la prise en charge des victimes.

Il paraît intéressant de poursuivre ce type de formation de façon régulière pour l'ensemble du personnel des urgences. Dans le but d'améliorer la plateforme en place il faudrait également interroger les victimes admises aux urgences, ainsi que les autres intervenants du protocole.

Il convient également de réévaluer cette plateforme à plus long terme.

VI - BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêtons les violences. 2020. Disponible sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-au-sein-du-couple>
2. Paragraphe 2 : Des violences (Articles 222-7 à 222-16-3) - Légifrance.
3. Solidarité Femmes Loire Atlantique. Différences entre conflit de couple et violences conjugales. 2021. Disponible sur : <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/2-differences-entre-conflit-de-couple-et-violences-conjugales/>
4. Violence VS conflit. Écoute Violences Conjugales. Disponible sur : <https://www.ecouteviolencesconjugales.be/pourquoi-appeler/victime/violence-vs-conflit/>
5. Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure. Rapport d'enquête. Cadre de vie et sécurité. 2019 Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité.
6. Roger Henrion. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels. 2001.
7. Fédération Nationale Solidarité Femmes. Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au 3919-Violences Femmes Info. Novembre 2019.
8. Observatoire national des violences faites aux femmes, MIPROF. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2019. 2020.
9. Etienne G. Krug. Rapport mondial sur la violence et la santé. World Health Organization. 2002.
10. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Méthode recommandations pour la pratique clinique. Recommandation de bonne pratique. Juin 2019.
11. A. Pinton. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions volontaires de grossesses répétées ? 2017.
12. Maïté Albagly, Catherine Cavalin, Claude Mugnier et Marc Nectoux. Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012. Synthèse du rapport final de l'étude.
13. Premier plan interministériel de lutte et de mobilisation contre les violences faites aux enfants 2017- 2019. Mars 2017.
14. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. 2011.
15. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, MIPROF. Livret de formation : Protection sur ordonnance. Déc 2020 ; Disponible sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>
16. Observatoire des violences envers les femmes du département de la Seine-Saint-Denis. Violence faites aux femmes, les enfants souffrent.
17. Dauvergne, M., & Johnson, H. Les enfants témoins de violence familiale. 2001.
18. Muriel Salmona. Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. 2016.
19. Observatoire régional des violences faites aux femmes. Mieux protéger et accompagner les enfants co-victimes des violences conjugales. 2017.
20. Peter Lehmann. The Development of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in a Sample of Child Witnesses to Mother Assault. Journal of Family Violence. Septembre 1997.

21. Direction de l'Égalité des Chances du ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Un enfant exposé aux violences conjugales est un enfant maltraité. 2013.
22. Wilson S., Wolfe D., Jaffe P. Children of Battered Women. 1990.
23. Lisa M. Shin, Kathryn Handwerker. Is posttraumatic stress disorder a stress-induced fear circuitry disorder? Journal of Traumatic Stress. Octobre 2009.
24. Trouble de stress post-traumatique (TSPT). Manuels MSD pour le grand public. 2020.
25. Salmona M., Coutanceau R., Smith J. Mémoire traumatique et conduites dissociantes. Traumas et résilience. 2012.
26. American Psychiatric Association. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2015.
27. J.D. Bremner. Acute and chronic responses to psychological trauma: where do we go from here? The American Journal of Psychiatry. Mars 1999.
28. Ruth A. Lanius, Eric Vermetten, Richard J. Loewenstein. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. The American Journal of Psychiatry. Juin 2010.
29. Marianne Kedia, Johan Vanderlinden, Gérard Lopez. Dissociation et mémoire traumatique. 2019.
30. Département de Médecine Générale de Clermont-Ferrand. Déclic Violence. 2021. Disponible sur : <https://declicviolence.fr/>
31. Solidarité Femmes Loire Atlantique. Le cycle de la violence conjugale. 2021. Disponible sur : <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/3-le-cycle-de-la-violence-conjugale/>
32. Maria Barbier. La face cachée de la violence conjugale : la relation d'emprise, une violence dissimulée. 2010.
33. L'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Nouvelle-Aquitaine. C'est quoi l'impuissance apprise ? Disponible sur : <https://irepsna.org/documentations/cest-quoi-limpuissance-apprise/>
34. Marie Bérubé, Marc Vachon. Impuissance apprise : la comprendre pour mieux s'en sortir. 2021. Disponible sur : https://oserchanger.com/blogue_2/2012/02/27/impuissance-comment-en-sortir/
35. Muriel Salmona. La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité : ou comment devient-on étranger à soi-même. Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie. Juin 2013.
36. Jean-Yves Chambonet, Véronique Douillard, Jacqueline Urion. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. La Revue du praticien Médecine générale. 2000.
37. P. Benghozi. Les violences conjugales : aspects médico-légaux et pratique clinique. 2001.
38. Cécile Morvant. Le médecin face aux violences conjugales (analyse à partir d'une étude effectuée auprès de médecins généralistes). 2000.
39. Mathilde Guillemot. Quelle place pour une approche de santé publique dans la lutte contre les violences conjugales ? 2010.
40. Kathryn Hinsliff-Smith. Understanding management and support for Domestic Violence and Abuse (DVA) within Emergency Departments: A systematic literature review from 2000 to 2015. 2017.
41. B. Weber, C. Wantz, E. Metzger. Violences conjugales et urgences : une expérience médico-psycho-sociale. Décrire la prise en charge pluridisciplinaire des victimes de violences conjugales. 2007.

42. Irène François, Grégoire Moutel. 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. 2004.
43. Kathleen Mackay. Oui ou non pour le dépistage de la violence familiale dans les salles d'urgence ? 2008.
44. Agnès Balle, Badiaa Garib. La prise en charge des victimes de violences conjugales Rapport d'étude qualitative. 2017.
45. Bernard De Korsak, Anne-Marie Leger. Rapport sur l'hébergement et le relogement des femmes victimes de violence. 2006.
46. Ordre National des médecins. Secret médical. Code déontologie médicale.
47. LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales. 2020-936 Juillet 2020.
48. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple - Comment agir. Recommandation de bonne pratique. 2020.
49. Fiona Moghaddam. Dans les médias, une (r)évolution du langage sur les violences sexistes et sexuelles. France Culture. Disponible sur : <https://www.franceculture.fr/emissions/le-reportage-de-la-redaction/dans-les-medias-une-revolution-du-langage-sur-les-violences-sexistes-et-sexuelles>
50. Gaëtan Cousin, Marianne Schmid Mast. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? Revue Medicale Suisse. 2010.
51. Sylvie H. Lo Fo Wong, Ank De Jonge, Fred Wester. Discussing partner abuse: does doctor's gender really matter? Family Practice. Octobre 2006.
52. Eman Zaher, Kelly Keogh, Savithiri Ratnapalan. Effets de la formation sur la violence conjugale. Can Fam Physician. Juillet 2014.
53. Maria Eugenia Uriburu. Quelques éléments pour « briser le silence » des violences conjugales. Cliniques mediterraneennes. Novembre 2013.

VII – ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire sur la prise en charge des violences conjugales pour le personnel paramédical et médical des urgences de La Timone

Ce questionnaire a pour objectif de comprendre les habitudes de prise en charge des violences conjugales aux urgences de La Timone.

Temps : moins de 5 minutes

1. Votre âge :
.....

2. Votre genre :
 - Homme
 - Femme
 - Autre

3. Votre profession au sein des urgences ? (une seule réponse)
 - Elève aide soignant.e
 - Elève IDE
 - Aide soignant.e
 - IDE
 - Externe
 - Interne
 - Assistant.e ou Docteur Junior
 - Praticien.ne Hospitalier

4. Si vous faites partie du personnel médical quelle est votre spécialité de formation ? (une seule réponse)
 - Médecine d'Urgence
 - Médecine Générale
 - Anesthésie-Réanimation
 - Autre :

5. Depuis combien de temps exercez-vous dans un service d'urgences ?
.....

6. Connaissez vous les recommandations de l'HAS sur le dépistage des violences conjugales par les professionnels de santé ?
 - Oui
 - Non

Selon les recommandations de l'HAS le dépistage des violences conjugales doit être systématique pour toutes les femmes, même en l'absence de point d'appel.

7. Appliquez vous ces recommandations aux urgences de La Timone ?
 - Oui
 - Non

8. Si non pourquoi ? (cochez une case par ligne)

	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Manque de temps				
Oubli				
Méconnaissance des recommandations sur le dépistage				
Vous pensez que ce n'est pas utile sans signe d'alerte				
Vous pensez que ce n'est pas le rôle des urgences				
Peur de mettre mal à l'aise la victime				
Peur de ne pas savoir gérer la suite de la prise en charge				
Votre expérience personnelle				

Autre :

9. Devant un point d'appel (motif de consultation traumatique, idée suicidaire, douleur thoracique,...) chez un.e patient.e, posez-vous systématiquement la question des violences conjugales ?

- Oui
 Non

10. Si non pourquoi ? (cochez une case par ligne)

	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Manque de temps				
Oubli				
Méconnaissance des recommandations sur le dépistage				
Vous pensez que ce n'est pas le rôle des urgences				
Peur de mettre mal à l'aise la victime				
Peur de ne pas savoir gérer la suite de la prise en charge				
Votre expérience personnelle				

Autre :

11. Avez vous déjà été confronté à une situation de violence conjugale au sein des urgences ?

- Oui
- Non

12. Si oui à quelle fréquence ? (une seule réponse)

- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Moins d'une fois par mois

13. La prise en charge de la victime vous semblait-elle optimale ?

- Oui
- Non

14. Si non pourquoi ? (cochez une case par ligne)

	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Refus de la victime				
Mauvaise communication avec la victime				
Manque de temps				
Méconnaissance des recommandations sur la prise en charge				
Absence d'interlocuteur pour vous aider dans la prise en charge (assistante sociale, association, etc)				
Mauvaise coordination avec la Police				
Mauvaise coordination avec l'UMJ (Unité Médico-Judiciaire)				
Absence de protocole au sein du service				

Autre.....
.....

Merci de votre participation

PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES
PATIENTES VICTIMES DE VIOLENCES
CONJUGALES
SAU TIMONE 2

1) Dépister / Diagnostiquer

Savoir y penser même si ce n'est pas le motif initial de recours aux urgences !

- Syndrome anxio-dépressif
- Idées suicidaires / TS
- Troubles du sommeil
- Spasmophilie
- Alcoolisation
- Toxicomanie
- Asthénie, AEG
- Palpitations, douleur thoracique
- Tableau digestif
- Symptômes urinaires
- Symptômes gynéco
- Traumatologie (contusions de la face, des MS, fractures, entorse cervicale, etc.)
- Comportement inadapté de la patiente : mutisme de la patiente en présence de son conjoint, sursauts, sentiment de peur, honte, culpabilité
- Comportement potentiellement suspect du conjoint : très présent, répond à la place de sa compagne, insiste pour rester auprès de sa compagne tout au long de la prise en charge, etc.

→ Interroger et examiner la patiente seule

→ Ne pas hésiter à poser la question : « **comment ça se passe en ce moment à la maison ?** »

2) Ecouter

Respecter la temporalité de la patiente

Surtout PAS d'injonction du type « vous devez absolument porter plainte ! »

3) Rappeler la loi

Bien expliquer à la patiente que ce qu'elle subit n'est pas normal, est puni par la loi française, et ce même si elle ne dispose pas de titre de séjour.

4) Rassurer

Déculpabiliser la patiente

Rassurer sur la prise en charge des enfants :

- signaler une violence conjugale n'est pas synonyme de placement
- des hébergements (notamment pour les femmes avec enfants) sont possibles.

Rassurer sur les démarches même si la patiente est en situation irrégulière

5) Rédiger un CMI ++ (même si la patiente est orientée vers l'UMJ)

Ne pas négliger la détresse psychologique

Détailler les plaies et ecchymoses (taille, couleur, localisation)

A faire dans tous les cas (demandé ou non par la patiente, orientée ou non vers l'UMJ)

6) Orienter en fonction du souhait de la patiente (cf algorithmme)

A. La patiente donne son accord pour entrer dans la plateforme de prise en charge des violences conjugales

La plateforme a vocation à bénéficier à **toute** victime de violences conjugales, souhaitant ou non à déposer plainte au moment de la consultation en urgence.

- Expliquer clairement l'intérêt et les conséquences de cette procédure :

- Possibilité d'obtenir, directement suite à la consultation médicale en urgence, la rédaction d'un certificat médico-judiciaire avec ITT par un médecin légiste ; le certificat médico-judiciaire sera porté à la connaissance des services de police, qui contacteront la victime
- Au préalable, la victime aura la possibilité si elle le souhaite d'être mise en relation avec l'association d'aide aux victimes (l'AVAD) afin de l'aider dans ses démarches (accompagnement social, juridique, psychologique) et ce de manière confidentielle et gratuite, tout en respectant le souhait de la victime de déposer plainte ou non.

- Recueillir son accord oral après explications claires

- Appeler le service de police compétent (numéro unique 7j/7, 24h/24)

Quart Centre de la DDSP13 au **04 88 77 58 21**

APRES AVOIR RECUEILLI LES INFOS NOTEES SUR LA FICHE DE RENSEIGNEMENT

Une équipe sera envoyée aux urgences pour entendre la patiente, en fonction de l'urgence de la situation et des disponibilités. Il est possible que la patiente soit entendue dans un second temps.

Une réquisition sera directement envoyée à l'UMJ pour rédaction du CMI

- Envoyer par mail la fiche de renseignement au Quart centre et à l'AVAD

ddsp13-cdiv-marseille-centre-quart@interieur.gouv.fr

plateforme@avad-asso.fr

- L'AVAD sera directement contactée par la police ou l'UMJ mais si besoin de les contacter : 06 47 76 01 65 (9h30-12h30, 13h30-17h30 ou astreinte SAVU les soirs jusqu'à 21h, et le WE)

- L'UMJ sera directement réquisitionnée par la Police mais si besoin de les contacter : 82245 hors PDS ou numéro d'astreinte sur tableau de garde

- Remettre la fiche d'information se trouvant sur le TU (explications écrites, coordonnées de l'AVAD, plan pour accéder à l'UMJ)

- Envoyer la patiente à l'UMJ en heures ouvrables. En PDS c'est le médecin légiste d'astreinte qui se déplacera aux urgences.

- Un des box de l'ambulatoire doit être mis à la disposition des différents intervenants lorsque ceux-ci viennent s'entretenir avec la patiente : AVAD, Police.

B. La patiente ne souhaite pas entrer dans la procédure ci-dessus

- Expliquer qu'elle pourra quand même entamer des démarches plus tard lorsqu'elle en ressentira le besoin

- Remettre la plaquette de l'AVAD (04 96 11 68 80 ou contact@avad-asso.fr)

- Remettre les coordonnées des associations ou structures pouvant aider la patiente dans son parcours :

- SOS FEMMES Marseille : 04 91 24 61 50
- Permanence d'écoute téléphonique 24h/24-7j/7 : 3919
- Maisons Départementales de la Solidarité

<i>Maisons Départementales de la Solidarité Marseille</i>	
MDS 1 ^{er} arrondissement 15, place de la Joliette 13002 Marseille 04.13.31.59.17	MDS 2 ^{ème} arrondissement Immeuble le Schuman, 18/20 av. Robert Schuman 13002 Marseille 04.13.31.76.75
MDS 3 ^{ème} arrondissement 24, rue Jobin 13003 Marseille 04.13.31.65.10	MDS 4 ^{ème} – 12 ^{ème} arrondissement 21, rue Pierre Roche 13004 Marseille 04.13.31.67.13
MDS 5 ^{ème} , 6 ^{ème} et 7 ^{ème} arrondissement 66A Bis, rue Saint Sébastien 13006 Marseille 04.13.31.72.72	MDS 9 ^{ème} et 10 ^{ème} arrondissement Immeuble BUROPOLIS 343, bd Romain Rolland 13009 Marseille 04.13.31.53.13
MDS 8 ^{ème} arrondissement 35, bd Baptistin Cayol 13008 Marseille 04.13.31.77.60	MDS 11 ^{ème} arrondissement 37, rue des Crottes 13011 Marseille 04.13.31.75.01
MDS 13 ^{ème} arrondissement ouest 15, rue Raymonde Martin 13013 Marseille 04.13.31.06.50	MDS 13 ^{ème} arrondissement est Immeuble la Nautille 29, av de Frais Vallon 13013 Marseille 04.13.31.57.77
MDS 14 ^{ème} arrondissement 14, av Alexande Ansaldi 13014 Marseille 04.13.31.62.30	
MDS 15 ^{ème} arrondissement Est 43, av de la Viste 13015 Marseille 04.13.31.64.03	MDS 15 ^{ème} arrondissement ouest et 16 ^{ème} arrondissement Immeuble le Carré 2, allée Saccoman 13016 Marseille 04.13.31.55.85

7) Prise en charge sociale

En l'absence d'assistance sociale aux urgences actuellement, l'évaluation sociale sera faite par l'assistante sociale de l'UMJ en coordination avec l'AVAD.

Si besoin : Mme Balbiani 04 91 38 63 90
00

Mme Astier 04 91 38 42

8) Signaler

Cas particuliers ou vous devez signaler une violence conjugale :

- patientes mineures
- patientes dites vulnérables : grossesse, déficience physique ou psychique, maladie ou infirmité l'empêchant de se protéger (article 434-3 du code pénal)
- si l'auteur des violences a possession d'une arme
- situation ressentie comme particulièrement dangereuse pour la patiente : blessures graves, séquestration, etc.

A noter que la loi du 30 juillet 2020, modifiant l'article 226-14 du code pénal, permet au soignant d'effectuer un signalement lorsqu'il estime que les violences au sein du couple mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat **ET** que cette dernière se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences (alinéa 3).

A qui s'adresser :

Procureur de la République TGI Marseille :

Permanence mineurs : mineurs.pr.tj-marseille@justice.fr

9) Hébergement

Géré par les assistantes sociales de l'UMJ ou l'AVAD en heures ouvrables.

Si besoin d'une place d'hébergement en PDS, appeler le Samu Social au 115.

Exceptionnellement, si aucune mesure d'hébergement n'est trouvée en PDS et que la situation l'exige, la patiente peut passer la nuit aux urgences jusqu'à ce que l'AVAD soit joignable le lendemain.

**QU'ELLE RENTRE DANS LA PROCÉDURE OU NON,
TOUTE PATIENTE AVEC SUSPICION OU ALLEGATION
DE VIOLENCE CONJUGALE DOIT SORTIR DES
URGENCES AVEC LES COORDONNEES SUIVANTES :**

- **Plaque de l'AVAD : 04 96 11 68 80 ou contact@avad-asso.fr**
- **SOS FEMMES Marseille : 04 91 24 61 50**
- **Permanence d'écoute téléphonique 24h/24-7j/7 :
3919**

A noter pour les patientes ne parlant pas français :

Sont mis à disposition sur le disque S dans l'onglet « violences femmes » des formulaires d'information en arabe, anglais, chinois et turc, qui permettent d'expliquer à la patiente ses droits.

Plateforme hospitalière victimes de violences conjugales

Explications claires sur les conséquences de la procédure, que la patiente dépose plainte ou non : rédaction d'un CMI par l'UMJ et transfert du dossier au Parquet pour convocation de la victime et de l'auteur des faits

Recueil du consentement oral de la victime

La victime souhaite entrer dans le protocole

Recueil des informations notées sur la fiche de renseignement

Appel Police Quart Centre
04 88 77 58 21

→ Réquisitionne l'UMJ
→ Prévient l'AVAD
→ +/- Se déplace au SAU

Envoi par mail de la fiche de renseignement

Quart Centre
ddsp13-cdiv-marseille-centre-quart@interieur.gouv.fr

AVAD
plateforme@avad-asso.fr

Hors PDS : Transfert de la victime à l'UMJ
PDS : le médecin légiste se déplace au SAU

Documents à fournir à la sortie
- CMI
- Plaquette AVAD
- Coordonnées utiles
- Fiche d'information/Plan

Mise à disposition d'un box ambu pour entretien avec Police/AVAD/ML

La victime ne souhaite pas entrer dans le protocole

Respecter le choix de la patiente
Orienter vers associations

Documents à fournir à la sortie
- CMI
- Plaquette AVAD
- Coordonnées utiles

Numéros utiles :

AVAD : 0647760165 (9h30-17h30, astreinte < 21h + we)

UMJ : 82245 (ou portable médecin de garde)

Vous avez été prise en charge dans le service d'accueil des Urgences de la Timone et vous avez donné votre accord oral pour entrer dans la procédure hospitalière de prise en charge des victimes de violence conjugale.

Que vous décidiez de déposer une plainte ou non, vous êtes informée qu'en donnant votre accord pour entrer dans cette procédure :

- Vous aurez la possibilité d'obtenir un **certificat médical initial avec mention d'une ITT**, qui sera rédigé par le médecin légiste de l'Unité Médico-Judiciaire.

- Votre dossier sera **porté à la connaissance du Parquet**, ce qui implique que vous serez entendue par la Police, ainsi que l'auteur des faits.

Le certificat médico-judiciaire sera porté à la connaissance des services de police, qui vous contacteront.

- Au préalable, vous serez mis en relation, si vous le souhaitez, avec **l'association d'aide aux victimes (l'AVAD)** afin de vous aider dans vos démarches (accompagnement social, juridique, psychologique) et ce, de manière **confidentielle et gratuite**, tout en respectant votre souhait de déposer plainte ou non.

En heures ouvrables, à la sortie des urgences vous devez vous rendre directement dans l'Unité Médico-Judiciaire (voir plan ci-joint) pour être examinée par le médecin légiste qui rédigera le certificat médical.



Coordonnées utiles

AVAD : 04 96 11 68 80 ou contact@avad-asso.fr

SOS FEMMES Marseille : 04 91 24 61 50

Permanence d'écoute téléphonique 24h/24-7j/7 : 3919

Annexe 3

Questionnaire sur la prise en charge des violences conjugales pour le personnel paramédical et médical des urgences de La Timone

Ce questionnaire a pour objectif de comprendre les habitudes de prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences de La Timone.

Temps : moins de 5 minutes

1. Votre âge :

.....

2. Votre genre :

- Homme
- Femme
- Autre

3. Votre profession au sein des urgences ? (une seule réponse) :

- Elève aide soignant.e
- Aide soignant.e
- Elève IDE
- IDE
- Externe
- Interne
- Assistant.e ou Docteur Junior
- Praticien.ne Hospitalier

4. Vous exercez aux urgences :

- La nuit
- Le jour
- Les deux

5. Si vous faites partie du personnel médical quelle est votre spécialité de formation ? (une seule réponse) :

- Médecine d'Urgence
- Médecine Générale
- Anesthésie-Réanimation
- Autre :

6. Depuis combien de temps exercez-vous dans un service d'urgences ?

.....

7. Avez-vous assisté à la formation sur la prise en charge des violences conjugales ?

- Oui
- Non

8. Connaissez-vous les recommandations de l'HAS sur le dépistage des violences conjugales par les professionnels de santé ?

- Oui
- Non

Selon les recommandations de l'HAS le dépistage des violences conjugales doit être systématique pour toutes les femmes, même en l'absence de point d'appel.

9. Appliquez-vous ces recommandations aux urgences de La Timone ?

- Oui
- Non

10. Si non, pourquoi ? (cochez une case par ligne) :

	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
• Manque de temps				
• Oubli				
• Méconnaissance des recommandations sur le dépistage				
• Vous pensez que ce n'est pas utile sans signe d'alerte				
• Vous pensez que ce n'est pas le rôle des urgences				
• Peur de mettre mal à l'aise la victime				
• Peur de ne pas savoir gérer la suite de la prise en charge				
• Votre expérience personnelle				

Autre :

11. Devant un point d'appel (motif de consultation traumatique, idée suicidaire, douleur thoracique,...) chez un.e patient.e, posez-vous systématiquement la question des violences conjugales ?

- Oui
- Non

12. Si non, pourquoi ? (cochez une case par ligne) :

	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
• Manque de temps				
• Oubli				
• Méconnaissance des recommandations sur le dépistage				
• Vous pensez que ce n'est pas le rôle des urgences				
• Peur de mettre mal à l'aise la victime				
• Peur de ne pas savoir gérer la suite de la prise en charge				
• Votre expérience personnelle				

Autre :

13. Avez-vous déjà été confronté à une situation de violence conjugale au sein des urgences depuis janvier 2021 ?

- Oui
 Non

14. Si oui, à quelle fréquence ? (une seule réponse) :

- Plusieurs fois par semaine
 Une fois par semaine
 Une fois par mois
 Moins d'une fois par mois

15. Avez-vous suivi le nouveau protocole de prise en charge des victimes de violences conjugales mis en place à La Timone en novembre 2020 ?

- Toujours
 Parfois
 Jamais

16. Dans les cas où vous n'avez pas suivi le protocole, quelles en étaient les raisons ?

	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
• Non connaissance de l'existence du protocole				
• Manque de temps				
• Oubli				
• Inutilité du protocole				
• Difficulté d'accès au protocole dans le service				
• Difficulté de compréhension du protocole				
• Intervenants (police/AVAD/UMJ) injoignables				
• Refus de la victime				

Autre :

17. Si vous avez déjà suivi le protocole, avez-vous rencontré des difficultés lors de son application ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

18. Si vous avez rencontré des difficultés, quelles étaient-elles ?

	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
• Difficulté d'accès au protocole dans le service				
• Difficulté de compréhension du protocole				
• Difficulté d'explication à la victime				
• Difficulté de recueil des informations sur la fiche de renseignement				
• Difficulté d'envoi de la fiche de renseignement				
• Difficulté à joindre la police				
• Difficulté à joindre l'AVAD				
• Trop chronophage				
• Intervenants (police/AVAD/UMJ) ne connaissant pas le protocole				

Autre :

19. En règle générale, quand avez-vous rencontré plus de difficultés ?

- La nuit
- Le jour
- Le week-end
- Pas de différence entre les plages horaires

20. La prise en charge de la victime vous a-t-elle semblé optimale avec le protocole ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

21. Dans les cas où la prise en charge ne vous a pas paru optimale, quelles en étaient les raisons ? (cochez une case par ligne) :

	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
• Police n'ayant pas pue se déplacer aux urgences				
• Attente trop longue de la police				
• Attente trop longue du médecin légiste (en permanence de soins)				
• AVAD n'ayant pas pu se déplacer aux urgences				
• Attente trop longue de l'AVAD				
• Difficulté de mise à disposition d'un box lors des entretiens				
• Pas de solution d'hébergement trouvée pour la victime				

Autre.....

22. En règle générale, diriez-vous que ce protocole permet une meilleure prise en charge des victimes de violences conjugales ?

- Tout à fait
- Plutôt oui
- Pas vraiment
- Pas du tout

23. Avez-vous des suggestions d'amélioration de ce protocole de prise en charge des victimes de violences conjugales ?

.....

Merci de votre participation

VIII - ABRÉVIATIONS

IVG : Interruption volontaire de grossesse

HAS : Haute autorité de santé

SSPT : Syndrome de stress post-traumatique

AVAD : Association d'aide aux victimes d'actes de délinquances

UMJ : Unité médico-judiciaire

ITT : Incapacité totale de travail

CMI : Certificat médical initial

TU : Terminal urgence

“ Au moment d’être admis(e) 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(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j’y manque. ”



