



HAL
open science

Violences conjugales : acceptabilité de l'auto-détection par les patients et les soignants aux urgences

Sonia Alves

► **To cite this version:**

Sonia Alves. Violences conjugales : acceptabilité de l'auto-détection par les patients et les soignants aux urgences. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04478284

HAL Id: dumas-04478284

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04478284>

Submitted on 26 Feb 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2023

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 26/09/2023

Par

Sonia ALVES

**Violences conjugales : acceptabilité de l'auto-détection par les
patients et les soignants aux urgences**

Dirigée par Mme la Professeure Anne-Laure FERAL-PIERSSENS

JURY

M. le Professeur Nicolas JAVAUD
Mme la Professeure Anne-Laure FERAL-PIERSSENS
M. le Docteur Jan HAYON

Président
Directrice
Membre du jury

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

Remerciements

À M. le Professeur Nicolas JAVAUD,

Merci de l'honneur que vous me faites d'accepter cette présidence de jury de thèse, travail dans lequel j'ai investi énergie, sérieux et rigueur. Merci de permettre cet accomplissement si cher à mes yeux.

À Mme la Professeure Anne-Laure FERAL-PIERSSENS,

Pour être la personne m'ayant donné goût à cette magnifique spécialité qu'est la médecine d'urgence. Merci pour ta compétence et ton humanité, tu es une réelle source d'inspiration depuis le début de mes études. Merci pour ta présence en tant que tutrice et pour m'avoir soutenue dans le sujet de cette thèse si important pour moi. C'est un plaisir que de poursuivre mon parcours à tes côtés.

À M. le Docteur Jan HAYON,

Pour tes conseils avisés tant sur la médecine, que sur la vie. A travers ton enseignement j'ai découvert la beauté de la réanimation, spécialité pour laquelle je garde depuis mon passage dans ton service un véritable intérêt. Merci pour ta bienveillance et pour m'avoir fait réaliser les innombrables possibilités que peut m'offrir la vie. Merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury et de juger mon travail.

A M. le Docteur Maurice RAPHAEL,

Pour avoir conforté mon souhait de pratiquer la médecine d'urgence. Merci de m'avoir accueillie aux urgences du Kremlin Bicêtre, de m'avoir prise sous ton aile, merci pour tes enseignements si précieux que je garde encore en tête aujourd'hui.

A l'équipe médicale et paramédicale du service de Gériatre de l'hôpital Ambroise Paré,

Pour m'avoir fait découvrir et aimer cette belle spécialité qu'est la gériatrie. Merci pour vos enseignements et votre profonde gentillesse m'ayant permis de débiter sereinement mon internat.

A l'équipe médicale et paramédicale du SAMU et du service des Urgences d'Annecy,

Merci tout particulièrement au Docteur Gaël GHENO pour m'avoir accueillie et tant appris malgré une jambe dans le plâtre. Merci de votre prévenance et de m'avoir fait découvrir un autre aspect de la médecine d'urgence.

A l'équipe médicale et paramédicale du service d'Anesthésie d'Avicenne,

Pour votre bienveillance et votre patience à mon égard malgré le fait que je n'ai pas choisi cette spécialité. Merci pour vos enseignements si importants qui me serviront tout au long de ma carrière.

A l'équipe médicale et paramédicale du service des Urgences pédiatriques de Trousseau,

Pour m'avoir fait découvrir et aimer la pédiatrie malgré mon appréhension. Merci pour les belles rencontres que j'ai pu y faire notamment parmi mes co-internes. Merci de nous avoir fait une place dans la jolie petite famille que vous formez.

A l'équipe médicale et paramédicale du service de réanimation de Poissy,

Indéniablement le meilleur stage de mon internat. Merci pour les belles personnes que j'ai pu y rencontrer et les bons moments passés à vos côtés. Merci de m'avoir tant appris sur la médecine mais aussi pour m'avoir aidé à prendre confiance en moi. Merci à mes co-internes d'avoir supporté mon côté frontal, ri à mes bêtises et soutenue lors des moments difficiles. Vous êtes tous de très belles personnes et je suis heureuse de vous avoir rencontré (oui même toi Nicolas).

A l'équipe médicale et paramédicale du service des Urgences de l'hôpital Bichat,

Merci tout particulièrement aux Docteurs Christophe CHOQUET, Océane MINKA, Donia BOUZID, Yohanna GUEDJ, Stéphanie ANTONIOL, Camille RAVAUT, Thomas TRUONG et Mme Julie FERBER. Merci pour vos enseignements durant mon internat, pour votre investissement dans mon travail de thèse.

A l'équipe médicale et paramédicale du service des Urgences de l'HEGP,

Merci tout particulièrement aux Docteurs Richard CHOCRON, Fatoumata KANTE, Laura EOUZAN-DAHAN, Laura MARCHESI et à Mme DE GEVIGNEY. Merci d'avoir accepté d'accueillir mon travail de recherche et d'avoir permis sa mise en place.

A l'équipe médicale et paramédicale du service des Urgences de l'hôpital Avicenne,

Merci tout particulièrement au Professeur Frédérique ADNET et au Docteur Isabelle SCHILTZ. Merci d'avoir accepté de participer à mon projet de thèse et d'avoir veillé à son bon déroulement.

A Mme Isabelle GUERY,

Incontestablement l'une de mes plus belles rencontres. Merci pour votre soutien sans faille, votre humanité et votre belle âme. Ma vie a changé dès lors que j'ai croisé votre chemin. Oui les choses se sont faites à deux, mais sans vous cela n'aurait jamais été possible, infiniment merci.

Au club de patinage artistique de Saint Ouen,

Pour être une si grande part de ma vie. Tout particulièrement merci à M. Frédérique Harpagès et Mme Véronique Capron. Vous avez été des seconds parents, merci pour votre patience, votre éducation et pour les valeurs si importantes que vous m'avez enseignées. Je ne serais pas la personne que je suis à ce jour sans vous.

A mes amis,

Tout particulièrement à Wendy, Mélanie C., Émilie, Laurie, Gabriela et Mélanie S. Merci pour votre soutien indéfectible durant toutes ces années, vos conseils, votre présence tant dans les bons que dans les mauvais moments. Merci d'être la famille que j'ai choisie.

A Antoine T., Carla A. et tous mes autres amis, personnes chères à mon cœur, je n'ai pu tous vous citer.

A ma famille,

A ma mère, ton éducation m'a permis de réaliser mon rêve d'enfant d'être médecin et d'être la femme déterminée que je suis aujourd'hui.

A mon père, l'homme le plus cher à mes yeux et la personne la plus forte que je connaisse. Merci pour ton amour incommensurable, pour ta présence et ta patience sans limites. Merci de m'avoir offert le confort de vie dont jeune tu n'as pas pu jouir, de m'avoir permis de réaliser ma passion et mes études. J'espère réussir à te rendre fier à travers ce travail.

A ma tante Alicia, merci pour ton amour inconditionnel, j'aurais souhaité ta présence en ce moment si important mais la vie en a décidé autrement. Repose en paix.

A mes cousines, Ana, Marie-José et tout particulièrement Alicia. Merci d'être la grande sœur que je n'ai jamais eue, merci de ton soutien, de ton amour et de ton apprentissage sur la vie au quotidien malgré la distance physique qui nous sépare.

A ma tatie Maria, une femme profondément joyeuse, gentille, altruiste et à mon tonton Jeannot. Merci de de m'avoir fait une place dans votre maison et dans votre cœur comme votre propre fille depuis ma plus tendre enfance.

A toutes les autres personnes que je n'ai pu citer. A toutes les rencontres que j'ai fait durant toutes ces années tant sur le plan personnel que professionnel. Merci de m'avoir fait grandir et devenir la femme et le médecin que je suis aujourd'hui.

Résumé et indexation en français

La prévalence des victimes de violences conjugales dans la population française est difficile à estimer et varie de 1% à 26% selon les modalités de détection utilisées. Une partie de ces victimes consulte dans les services d'urgences et malgré les recommandations insistant sur la nécessaire détection systématique des violences, il est probable qu'un certain nombre d'entre elles ne soient pas identifiées par les équipes soignantes. Notre objectif était d'évaluer aux urgences l'acceptabilité par les patients de la détection systématique des violences conjugales par le recours à un auto-questionnaire.

Nous avons conduit une étude observationnelle prospective multicentrique dans trois services d'urgences hospitalo-universitaires parisiens sur une période de trois jours consécutifs. Un auto-questionnaire portant sur la question des violences conjugales était distribué à tous les patients inclus aux urgences. Le critère de jugement principal était l'acceptabilité du questionnaire par les patients, définie par la proportion de réponses à l'auto-questionnaire parmi le nombre total de questionnaires rendus. Les critères de jugement secondaires étaient le niveau de confort des patients et des soignants vis-à-vis de la distribution systématique de l'auto-questionnaire, la prévalence des situations de violences conjugales parmi les patients ayant répondu au questionnaire, ainsi que la faisabilité de ce mode de détection systématique aux urgences. Cette dernière était définie par la proportion de questionnaires distribués durant la période d'inclusion.

Parmi les 1506 patients ayant consulté aux urgences durant la période d'inclusion, 165 (11%) ont répondu au questionnaire parmi lesquels 11% d'entre eux ont été identifiés comme étant victimes de violences conjugales. Le taux d'acceptabilité du questionnaire par les patients était de 74% et 93% des questionnaires rendus étaient complets. Le taux de remise des questionnaires était faible et les soignants semblaient peu confortables avec la thématique des violences conjugales.

Ainsi, la distribution systématique d'un questionnaire par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation aux urgences apparaît difficilement faisable en pratique. Il apparaît nécessaire de former davantage les soignants à la détection systématique des violences conjugales via d'autres modes de détection et notamment par un questionnement simple à l'oral lors de l'interrogatoire par le médecin.

Spécialité :

Médecine d'Urgence

Mots clés français :

fMESH : Service hospitalier d'urgences, Violence envers le partenaire intime, Dépistage de masse, Études de faisabilité, Acceptation des soins par les patients

Mots-clés libres : détection systématique, questionnaire WAST

Forme ou Genre :

fMESH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Liste des abréviations

- APHP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
- CVS : Cadre de Vie et Sécurité
- ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou
- IAO : Infirmier.e d'Accueil et d'Orientation
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONU : Organisation des Nations Unies
- PVS : Partner Violence Screen
- SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
- WAST : Woman Abuse Screening Tool

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
RESUME ET INDEXATION EN FRANCAIS	7
LISTE DES ABREVIATIONS	8
TABLE DES MATIERES	9
INTRODUCTION.....	11
MATERIELS ET METHODES.....	17
1. Population étudiée	17
2. Information des soignants et des patients	18
3. Données collectées.....	19
3.1 Outils de détection utilisés.....	19
3.1.1 Données sociodémographiques.....	19
3.1.2 L'auto-questionnaire WAST.....	19
3.1.3 Le questionnaire de confort.....	20
3.1.4 Notice d'information patient.....	20
3.2 Questionnaire de confort à destination des soignants	20
4. Récupération des questionnaires.....	20
5. Devenir des patients.....	21
6. Analyse statistique	21
7. Cadre réglementaire.....	21
RESULTATS.....	22
1. Répartition et caractéristiques de la population de l'étude.....	22
1.1 Caractéristiques des patients de l'étude.....	22
1.2 Répartition des patients ayant consulté aux urgences sur la période d'inclusion	22
2. Critère de jugement principal	27
2.1 Acceptabilité.....	27
3. Critères de jugement secondaires.....	29

3.1 Confort	29
3.1.1 Niveau de confort des patients.....	29
3.1.2 Niveau de confort des soignants	30
3.2 Prévalence	34
3.2.1 Nombre de patients victimes de violences conjugales et leurs caractéristiques.....	34
3.2.2 Score WAST des victimes et répartition selon les items	35
3.3 Faisabilité	36
DISCUSSION	39
CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE	49
TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	57
ANNEXES.....	58
SERMENT D’HIPPOCRATE	67

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les violences conjugales sont définies comme « tout comportement au sein d'une relation intime causant un préjudice physique, psychologique ou sexuel ». (1) Ces comportements incluent des actes d'agression physique, de violence verbale, psychologique, de rapports sexuels non consentis et diverses formes de contrôle du partenaire notamment dans les domaines administratif et économique. Dans la majorité des situations, l'auteur est le partenaire actuel mais il peut s'agir d'un ancien ou d'un partenaire occasionnel. (2)

Les violences conjugales sont multifactorielles et touchent tous types de couples, indépendamment de l'orientation sexuelle, du milieu social ou culturel. (1) Toutefois l'on peut identifier des facteurs de vulnérabilité. Les populations précaires et migrantes sont particulièrement exposées aux violences, probablement en lien avec un recours médical, social et judiciaire plus limité. (3) En effet, une étude réalisée en Espagne a mis en évidence un risque cinq fois plus élevé de décès lié aux violences conjugales chez les femmes migrantes en comparaison avec les femmes espagnoles. (4) Les périodes de grossesse et de post partum sont des périodes de fragilité car associées à une augmentation de la fréquence et de la gravité des épisodes de violence vis-à-vis des femmes victimes. (2,5,6)

Il est indéniable que les femmes représentent une large majorité des victimes de ce fléau. (1) Selon une étude du Lancet de 2022, regroupant des données de 2000 à 2018 provenant de 161 pays, plus d'un quart des femmes de 15 à 49 ans dans le monde seraient victimes de violences conjugales au cours de leur vie. (7) En 2021, le rapport annuel du ministère de l'intérieur sur les morts violentes au sein du couple a décompté 143 décès, dont 122 féminicides et 21 homicides. (8) En 2022, l'association féministe #NousToutes rapporte que 147 femmes sont décédées sous les coups de leur conjoint ou ex-conjoint, ce qui représenterait une augmentation de 17% par rapport à l'année précédente. (9) Selon Lynnmarie et al., on estimerait la prévalence des violences faites aux femmes au cours de leur vie entre 20 et 24% en France. (7) L'Union Européenne des droits fondamentaux déclare qu'environ 26% des femmes françaises seraient victimes de violences conjugales depuis l'âge

de 15 ans. (10) Cependant, différentes études réalisées sur le plan national présentent des chiffres tout à fait différents. En effet, l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) menée en 2000 sur un échantillon de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans représentatif de la population générale, rapporte qu'une femme sur dix aurait été victime de violences (physiques, sexuelles, verbales, psychologiques) de la part de son compagnon sur les 12 derniers mois. (11) La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes de l'année 2022 rapporte que seulement 1% des d'entre elles auraient été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou leur ex conjoint en 2021. (12)

D'après le rapport Henrion, dans les années 90, 10% des femmes qui consultaient pour un motif traumatologique ou aux urgences médico-judiciaires auraient été victimes de violences conjugales en France. (13) Peu d'études françaises évaluent la prévalence des victimes de violences au sein des services d'urgence. La plupart des travaux recensés sont issus d'études mono centrées. Ainsi, la prévalence des victimes de violences conjugales au cours de leur vie parmi les patientes ayant consulté aux urgences s'élevait à 30% à l'Hôpital Cochin à Paris, 30,7 % au Centre Hospitalier de Lens et 56% aux urgences de PAU. (14–16) Ce chiffre était de l'ordre de 25% au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Poitiers lorsque l'on recherchait ces violences sur la dernière année. (17) De sorte, l'on peut observer une grande variabilité de la prévalence retrouvée selon les différents modes de détection, les types de populations ciblées ou encore les types de violences recherchées et sur quelle période.

Aux urgences de Lens, les violences conjugales sous forme physique, psychologique et sexuelle étaient recherchées uniquement chez les femmes sur le dernier mois, la dernière année, les cinq dernières années et au cours d'une vie via un questionnaire non validé. (16) A l'inverse aux urgences de Poitiers, l'étude portait sur la détection de toutes les formes de violences. Concernant les violences conjugales, elles étaient recherchées chez les deux sexes par trois questionnaires, d'abord un premier non validé puis par la fusion de deux questionnaires validés légèrement modifiés : le Woman abuse Screening Tool (WAST) et le Partner Violence Screen (PVS). (17) Ainsi, les prévalences retrouvées sont bien supérieures au 1% rapporté à l'échelle nationale par le gouvernement. Cette différence entre les études nationales et hospitalières peut notamment s'expliquer par une sous déclaration des violences. En effet, les données gouvernementales sont issues de l'enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS) de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), des services de police, de gendarmerie et des statistiques pénales. L'enquête CVS de l'INSEE a été

menée auprès d'un échantillon de logements de France métropolitaine et en quelques territoires d'Outre-Mer. Concernant les données de police et de gendarmerie, il est important de préciser que moins d'une victime sur cinq déposerait plainte. (12) A l'image de ce que nous précisions précédemment, il est donc très probable que certains sous-groupes de population issus de milieux précaires, de l'immigration, du milieu carcéral ou de communautés religieuses soient exclus lors des études nationales du fait notamment d'un moindre recours aux institutions. (3,13)

Les violences conjugales ont un réel impact sur la santé des victimes qui présentent notamment un risque majoré de pathologies et douleurs chroniques, de dépression, de troubles digestifs, d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ou encore de troubles de la reproduction. (1,6,13,18) Les enfants, également victimes de ce fléau, sont souvent témoins des violences et présentent un risque plus important de développer des troubles comportementaux ou anxieux. (1,12,13,19) En 2021, 14 enfants mineurs sont décédés, tués par un de leurs parents dans un contexte de violences conjugales. (8) En plus du coût humain, les violences ont un coût économique majeur notamment en termes de perte de qualité de vie, de productivité, de besoins de ressources sociales, médicales ou encore judiciaires. (20) Le coût global imputable aux violences conjugales en France s'élèverait à 2,5 milliards d'euros par an. (21)

Ainsi, du fait de problèmes de santé directement ou indirectement en lien avec les violences, les victimes sont vraisemblablement plus représentées que la population générale dans les lieux de recours aux soins. Les services d'urgences, offrant la possibilité d'une prise en charge médico-sociale pour tous, sont donc des lieux particulièrement intéressants pour détecter les victimes de violences conjugales. Comme le souligne la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), fréquemment en tant que premier recours, le personnel de santé des urgences a un rôle majeur à jouer dans la prévention, la détection et la prise en charge des victimes de maltraitance. (22) En effet, lors de l'enquête CVS de l'INSEE, parmi les femmes déclarant avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint en 2021, 25 % ont consulté un médecin, 19 % un psychiatre ou psychologue, 12 % ont parlé de leur situation aux services sociaux, 7 % ont rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes et une proportion équivalente a appelé un numéro vert. (12)

Du fait de la honte et du sentiment de culpabilité qu'elles ressentent, les victimes présentent des difficultés à révéler spontanément les violences qu'elles subissent. (23) En effet, dans une étude française de 2018, les patientes s'étant présentées aux urgences déclaraient vouloir qu'on les interroge davantage sur les violences au sein du couple et notamment dans les services d'urgences. (16) En France, plusieurs mesures ont été prises afin de mieux accompagner les professionnels de santé dans leur détection et leur prise en charge. Déjà en 2019, la SFMU s'était engagée dans l'amélioration de la détection et de la prise en charge des victimes de violences conjugales et/ou sexuelles. (24) En 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis à jour ses recommandations de bonne pratique concernant le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Elle préconise notamment à tout professionnel de santé de questionner systématiquement les patientes même en l'absence de signes d'alerte. (2)

Plusieurs études réalisées dans les pays anglophones ont rapporté l'efficacité et la nécessité de la réalisation de la détection systématique des violences conjugales aux urgences. (25–27) Cependant au vu des chiffres rapportés dans les quelques études réalisées, les différents modes de détection des victimes de violences conjugales restent largement insuffisants. De nombreux freins ont été rapportés comme notamment le manque de formation des soignants, leur manque de confort concernant ce sujet, le manque d'outils d'aide au dépistage et à la prise en charge de ces victimes. (27, 28) Au vu de tous ces éléments et s'y ajoutant la charge de travail conséquente, la détection systématique fait finalement rarement partie des protocoles et de la prise en charge usuelle des services.

Les violences conjugales sont donc un véritable enjeu de santé publique mais restent à ce jour largement sous détectées. Développer et tester des outils d'aide à la détection qui soient adaptés à une utilisation systématique en pratique clinique est indispensable.

Concernant les outils d'aide à la détection, déjà en 2006, un essai randomisé canadien rapportait que les femmes étaient plus à l'aise avec le remplissage d'un auto-questionnaire plutôt qu'un interrogatoire de vive voix réalisé par le médecin. (28) Jusqu'à très récemment, aucun outil valide de dépistage francophone n'était disponible. En 2020, la version française

de l'auto-questionnaire WAST a été validée par le service de Médecine Légale du CHU de Clermont Ferrand. (29) Questionnaire anglophone canadien créé en 1996, le WAST, pour « *Woman Abuse Screening Tool* » a initialement été développé à destination des médecins généralistes. Plusieurs études internationales ayant eu lieu au Canada, aux États Unis ou encore en Asie ont mis en évidence son efficacité pour détecter les victimes, ainsi que sa bonne acceptabilité par les praticiens et les patientes en cabinet de médecine générale. (30–32) Plusieurs travaux français ont également utilisé cet outil comme aide au dépistage en milieu de médecine générale et gynécologie ambulatoire. (33–36) Questionnaire rapide et facile à compléter, il apparaît comme adapté au contexte de la médecine d'urgence. Toutefois, son utilisation et son acceptabilité tant par les patients que par l'équipe soignante, reste encore à préciser dans le milieu de l'urgence.

A propos de la mise en place de la détection systématique, plusieurs travaux français ont évalué sa faisabilité aux urgences. Dans le service d'urgences du CHU de Nice en 2019, il a été testé une détection systématique via une question orale lors de l'interrogatoire. En un mois la question n'a été posée qu'à seulement 52 patients tous sexes confondus sur un total de 6022 passages. Tous les patients à qui la question a été posée ont répondu, parmi eux 2 femmes soit 10% d'entre elles étaient victimes de violences conjugales au cours de leur vie. (37) Aux urgences de l'hôpital Robert Ballanger, sur les 256 femmes ayant répondu à un auto-questionnaire sur 7 jours, 81 soit 31% ont déclaré être victimes de violences intrafamiliales, avec un taux d'acceptabilité de la détection de plus de 97%. (38) Aux urgences de l'hôpital Cochin à Paris, la distribution d'un auto-questionnaire a permis de dépister 30% de victimes en plus sur la période analysée. (14) Dans le service d'urgences du Centre Hospitalier de Lens, l'acceptabilité était très bonne avec 99% des femmes qui déclaraient être favorables à la détection systématique qu'elles soient victimes ou non. (16) Aux urgences du Centre Hospitalier de Pau, 90% des patientes interrogées étaient favorables à un questionnement systématique par un professionnel. (15) Enfin, aux urgences adultes de Poitiers, il a été évalué la détection de masse des violences dont les violences conjugales via la fusion de plusieurs auto-questionnaires, le WAST et le PVS. L'étude a montré une prévalence supérieure aux estimations nationales et une bonne acceptabilité des soignants. (17) Les principales limites de ces études résidaient dans le peu de patients inclus, dans le fait qu'elles étaient monocentriques et s'étendaient sur des périodes longues et donc difficilement tenables. Elles

évaluaient des outils de détection différents (plusieurs questionnaires différents dont certains non validés, questionnement de vive voix) et parfois d'autres types de violences. Le confort du personnel soignant vis-à-vis de ces méthodes de détection était rarement évalué.

Ainsi, les objectifs de l'étude présentée ici étaient d'évaluer l'acceptabilité, le niveau de confort et la faisabilité de la détection systématique des violences conjugales via l'auto-questionnaire WAST parmi les patients et patientes consultant aux urgences.

Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude prospective observationnelle multicentrique durant trois jours consécutifs au sein de trois services d'urgences adultes de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP). Deux de ces hôpitaux universitaires sont situés à Paris (hôpital Bichat et Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP)) et le troisième est situé à Bobigny en Seine-Saint-Denis.

1. Population étudiée

Critères d'inclusion :

Tous les patients âgés d'au moins 18 ans se présentant aux urgences étaient inclus dans l'étude, quel que soit le motif de consultation et le niveau de gravité.

Critères d'exclusion :

- Barrière de langue
- Trouble de la vigilance ou cognitif ne permettant pas la compréhension ou le remplissage du questionnaire
- Trouble visuel ou impotence fonctionnelle du membre dominant ne permettant pas la complétion du questionnaire
- Situation de privation de liberté
- Urgence vitale nécessitant une prise en charge au déchocage

Dates d'inclusion :

- HEGP : 13-15 mars 2023
- Hôpital Bichat : 20-22 mars 2023
- Hôpital Avicenne : 20-22 juin 2023

Objectif principal :

Évaluer l'acceptabilité de la complétion de l'auto-questionnaire WAST par les patientes et patients consultant aux urgences. L'acceptabilité est définie par la proportion de réponses au

questionnaire WAST parmi le nombre total de questionnaires rendus et la proportion des questions complétées sur le total des 8 questions du questionnaire WAST.

Objectifs secondaires :

- Confort :
 - Niveau de confort des patients quant à la complétion de l'auto-questionnaire WAST évalué par une échelle numérique
 - Niveau de confort des soignants quant à la proposition systématique de l'auto-questionnaire WAST et au thème des violences conjugales, évalué par une échelle numérique avant et après la réalisation de l'étude

- Prévalence :

Prévalence des victimes de violences conjugales parmi les patients ayant complété le questionnaire (et analyse par catégorie de genre) comparativement à la prévalence nationale. Le questionnaire WAST comprend 8 items auxquels les patients répondent par un score de 0 à 2 sur une échelle de type Likert. Le score s'étend de 0 à 16 en fonction de la somme des 8 items. Plus le score est élevé, plus le niveau de violences physiques, émotionnelles et sexuelles est important.

- Faisabilité :

Proportion de questionnaires distribués par les Infirmiers d'Accueil et d'Orientation (IAO) aux patients s'étant présenté aux urgences sur la période d'inclusion.

2. Information des soignants et des patients

Afin d'évaluer la détection dans des conditions les plus proches de la normale, aucun membre de notre étude n'a participé à la prise en charge médicale des patients. Le personnel soignant

des trois services d'urgences a été informé du déroulement de notre étude. Plusieurs interventions orales et par e-mail ont été réalisées afin de leur présenter le protocole de l'étude.

Afin d'informer les patients de l'étude en cours, des affiches étaient présentes à l'accueil des services d'urgence, dans les zones de triage par l'IAO et dans les zones d'attente du service. Une notice d'information individuelle était distribuée avec le questionnaire.

3. Données collectées

3.1 Outils de détection utilisés

3.1.1 Données sociodémographiques

Des données sociodémographiques concernant l'âge, le sexe, la situation personnelle (notamment en couple ou célibataire), la grossesse, la constitution du foyer (enfants, personne à charge) ou encore l'activité professionnelle étaient collectées.

Le motif de consultation (médical, traumatique ou social) était recueilli. Le fait d'avoir déjà consulté aux urgences dans le mois précédent ainsi que d'avoir déclaré un médecin traitant étaient demandés (annexe 2).

3.1.2 L'auto-questionnaire WAST

Les IAO ont distribué la version française papier de l'auto-questionnaire WAST qui a été validée par l'équipe du CHU de Clermont Ferrant en 2020. (29) Tous les patients présentant les critères d'inclusion sur la période d'inclusion se voyaient proposer le WAST. Celui-ci se décompose en 8 questions portant sur la relation de couple, les violences physiques, psychologiques et sexuelles. **Il est important de préciser que ce questionnaire s'adresse uniquement aux patients ayant été ou étant en couple sur la période des 12 derniers mois.** Le système de cotation des réponses repose sur l'échelle de Likert en trois points de 0 à 2. Le score est obtenu en additionnant les points obtenus pour chaque item et varie de 0 à 16. La détection était considérée comme positive si le score total était supérieur ou égal à 5 sur 16

(annexe 1). En moyenne, le temps de complétion de l'auto-questionnaire avoisine les trois minutes.

3.1.3 Le questionnaire de confort

Une question portait sur le confort des patients vis-à-vis de la détection par le WAST. Le système de réponse s'appuyait également sur une échelle de Likert en six points allant de 0 « pas du tout d'accord » à 5 « tout à fait d'accord » (annexe 3).

3.1.4 Notice d'information patient

Une notice explicative individuelle concernant le déroulement de l'étude était jointe aux questionnaires. Celle-ci précisait notamment l'anonymat des différents questionnaires, le libre choix de répondre, l'absence d'impact sur la prise en charge en cas de non-réponse et la garantie du secret médical (annexe 4).

3.2 Questionnaire de confort à destination des soignants

Un questionnaire anonyme était adressé au personnel médical et paramédical des services participants 7 jours avant et après la mise en place de la détection des violences conjugales par le biais de l'auto-questionnaire WAST. Il comportait également des questions d'ordre sociodémographique à type de catégorie d'âge, sexe, profession, ancienneté dans le service et dans la profession. L'objectif de ce questionnaire était d'évaluer le degré de confort et de satisfaction des soignants vis-à-vis des modes de détection des violences conjugales aux urgences. Le système de réponse reposait sur l'échelle de Likert (annexe 5). Ce questionnaire a été distribué de manière informatisée par e-mail via la plateforme Google Form avant et après la fin de la période d'inclusion. Il était également accessible via un QR code affiché dans les services d'urgences.

4. Récupération des questionnaires

Les questionnaires remplis par les patients étaient remis de façon anonyme dans des boîtes opaques disposées en différents lieux du service. Pour les patients qui le souhaitaient, ils pouvaient être remis en mains propres au médecin ou au personnel soignant les prenant en charge dans le box de consultation.

5. Devenir des patients

Les patients étaient libres d'informer ou non l'équipe soignante de leur situation personnelle. Les soignants ont poursuivi leur prise en charge habituelle en pratiquant la détection des violences conjugales selon leurs habitudes et protocoles de service. Ils pouvaient orienter les victimes éventuelles vers les ressources adaptées selon le parcours habituel propre au service d'urgences.

6. Analyse statistique

Les données des questionnaires distribués aux patients ont été recueillies de manière anonyme puis codées selon le système binaire. Elles ont par la suite été traitées sur le tableur Microsoft Excel 365© version 16.41 via le logiciel XLSTAT©. Les résultats sont exprimés en pourcentages pour certains, moyennes (déviation standard) et en médiane [interquartiles] pour d'autres. La comparaison des données qualitatives a été réalisée par le test exact de Fisher ou du Chi2 selon approprié, et les comparaisons de données quantitatives par le test de Student. Les tests statistiques ont été effectués avec un risque de première espèce (α) de 5%. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel disponible en ligne BiostaTVG©.

7. Cadre réglementaire

L'AP-HP est promoteur de cette étude. Cette recherche a été réalisée conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique applicables aux recherches n'impliquant pas la personne humaine. La recherche a obtenu l'avis favorable du comité d'éthique CLEA (projet CLEA-2022-283) le 28.10.2022.

Résultats

1. Répartition et caractéristiques de la population de l'étude

1.1 Caractéristiques des patients de l'étude

Durant la période d'inclusion, 1506 patients ont consulté aux urgences sur les trois sites. Parmi eux 224 (15%) ont répondu au questionnaire sociodémographique. Sur les 165 ayant répondu à l'auto-questionnaire WAST, ce qui correspond à 74% des patients ayant rendu leur questionnaire, 18 patients ont été identifiés comme victimes de violences conjugales ([figure 1](#)).

Les caractéristiques des patients de l'étude sont présentées dans le [tableau 1](#). Sur les 224 patients ayant été inclus dans notre étude, 50% étaient des femmes, 58% d'entre elles étaient âgées entre 18 et 50 ans. La moitié des patients de l'étude se déclare en couple au moment de la consultation. 12% ont consulté entre 18h00 et minuit.

1.2 Répartition des patients ayant consulté aux urgences sur la période d'inclusion

La répartition des passages aux urgences durant la période d'inclusion et selon les sites est présentée dans le [tableau 2](#).

Figure 1 : Diagramme de flux des patients inclus

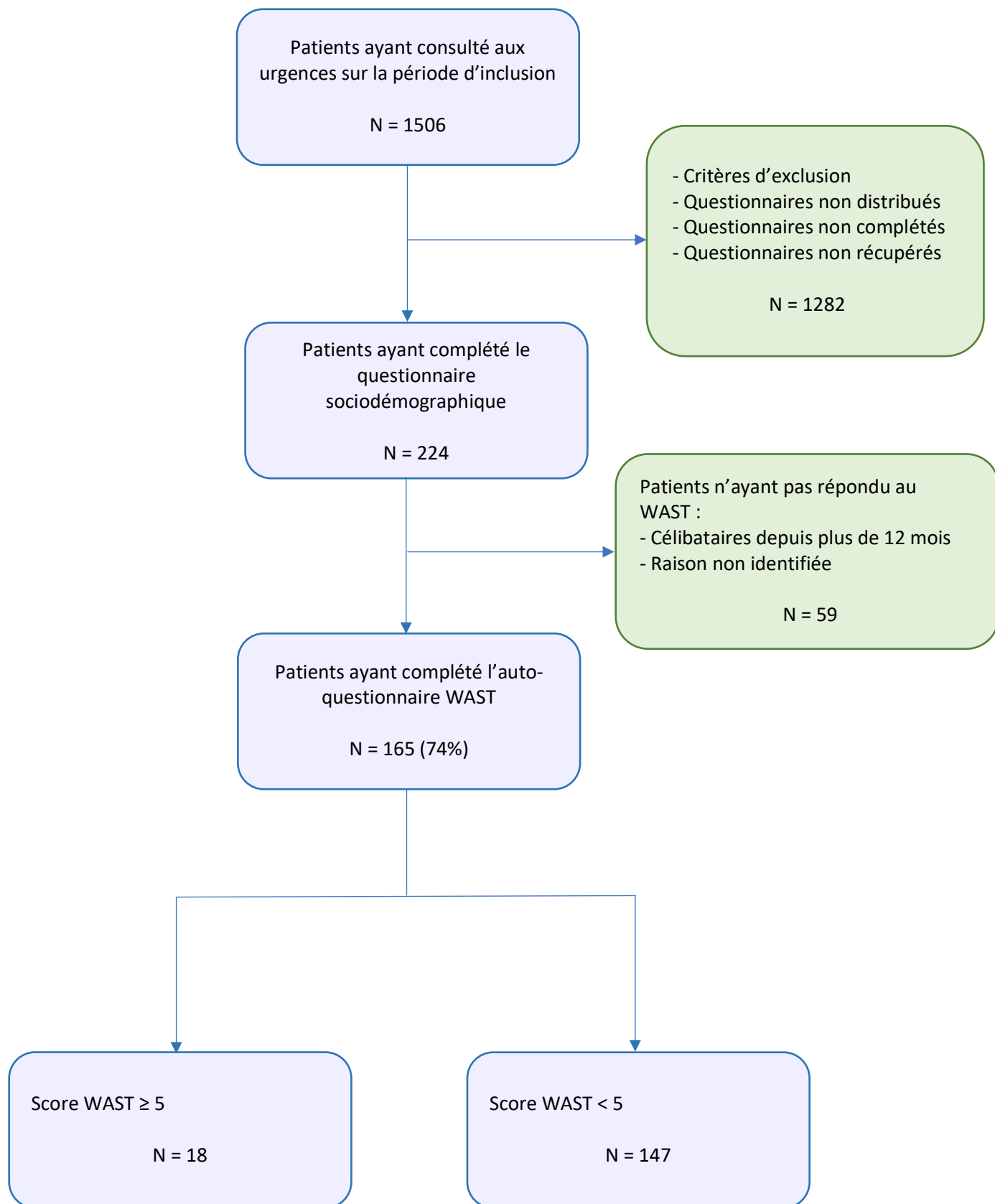


Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients inclus selon leur score WAST

Caractéristiques	WAST ≥ 5* n(%)	WAST < 5** n(%)	Non soumis à la détection*** n(%)	Total n(%)	p-value****
Nombre total de patients inclus	18 (8)	147 (64)	59 (28)	224 (100)	
Femmes	8 (44)	69 (48)	35 (60)	112 (50)	0,78
Enceintes	1 (13)	1 (1)	0	2 (2)	0,21
Non précisé	0	3 (2)	1 (1)	4 (2)	
Tranche d'âge					0,02
18-30 ans	6 (33)	34 (23)	13 (23)	53 (24)	
30-40 ans	5 (27)	29 (20)	10 (17)	44 (20)	
40-50 ans	4 (22)	21 (14)	6 (10)	31 (14)	
50-60 ans	1 (6)	26 (17)	9 (15)	36 (16)	
60-70 ans	0	17 (12)	13 (23)	30 (13)	
70-80 ans	0	12 (8)	5 (8)	17 (8)	
> 80 ans	1 (6)	4 (3)	2 (3)	7 (3)	
Non précisé	1 (6)	4 (3)	1 (1)	6 (2)	
Situation personnelle actuelle					
En couple	8 (44)	103 (70)	0	111 (50)	0,001
Célibataire	10 (55)	30 (20)	46 (78)	86 (38)	
Veuf ou Veuve	0	5 (3)	3 (5)	8 (4)	
Vivant en cohabitation ou en collocation	1 (6)	3 (2)	1 (1)	5 (2)	
Vivant avec enfant(s) à charge	2 (11)	9 (6)	4 (7)	15 (7)	
Vivant avec adulte(s) à charge	1 (6)	1 (1)	0	2 (1)	
Autre	0	4 (3)	4 (7)	9 (4)	

Non précisé	0	0	5 (8)	5 (2)	
Situation professionnelle					
En emploi à temps plein	7 (38)	72 (49)	23 (39)	102 (46)	0,38
En emploi à temps partiel	1 (6)	9 (6)	6 (10)	16 (7)	
En recherche d'emploi	2 (11)	12 (8)	5 (8)	19 (8)	
Autre	7 (38)	44 (31)	22 (37)	73 (33)	
Non précisé	1 (6)	10 (6)	4 (6)	14 (6)	
Hôpital de consultation					
Avicenne	10 (56)	38 (27)	17 (29)	65 (29)	0,01
Bichat	5 (27)	57 (38)	18 (30)	80 (36)	0,79
HEGP	3 (17)	52 (35)	24 (41)	79 (35)	0,18
Heure de consultation aux urgences					
Entre 00h et 8h	2 (11)	4 (3)	0	6 (3)	0,48
Entre 8h et 18h	12 (67)	118 (80)	52 (89)	182 (81)	
Entre 18h et minuit	2 (11)	19 (13)	6 (10)	27 (12)	
Non précisé	2 (11)	6 (4)	1 (1)	9 (4)	
Motif de consultation aux urgences					
Médical	11 (61)	88 (60)	37 (63)	136 (60)	
Traumatologique	3 (17)	47 (32)	13 (22)	63 (28)	0,18
Social	4 (22)	6 (4)	4 (7)	14 (6)	0,02
Non précisé	0	6 (4)	5 (8)	11 (5)	
A déjà consulté aux urgences dans les 30 derniers jours : OUI	8 (44)	28 (19)	9 (15)	45 (20)	0,02
Non précisé	0	5 (3)	1 (1)	6 (3)	
Médecin traitant déclaré : OUI	13 (72)	113 (77)	43 (73)	169 (75)	0,37
Non précisé	0	7 (5)	3 (5)	10 (5)	

* Les patients ayant obtenu un score au WAST supérieur ou égal à 5 sont considérés comme victimes de violences conjugales

** Les patients ayant obtenu un score au WAST strictement inférieur à 5 ne sont pas considérés comme victimes de violences conjugales

*** Non soumis à la détection : patients ayant répondu au questionnaire sociodémographique mais pas à l'auto-questionnaire WAST

**** Test du Chi2 ou Test de Fisher selon approprié, réalisé entre les patients du groupe victimes et du groupe non-victimes

Tableau 2 : Répartition des patients sur la période de recrutement selon les sites

	Avicenne n(%)	Bichat n(%)	HEGP n(%)	Total n(%)
Nombre total de passages sur la période	400	682	424	1506
Dont femmes	158 (40)	299 (44)	190 (46)	647 (43)
Heure de passage				
De 00h00 à 8h00	60 (15)	73 (11)	52 (12)	185 (12)
De 8h00 à 18h00	240 (60)	421 (61)	257 (60)	918 (61)
De 18h00 à 00h00	100 (25)	188 (28)	115 (27)	403 (27)
Niveau de tri				
« Consultation de médecine »	88 (22)	213 (31)	48 (11)	349 (23)
« Consultation urgente »	202 (50)	224 (33)	132 (31)	558 (37)
« Urgence relative »	82 (21)	152 (22)	143 (34)	377 (25)
« Urgence vraie »	7 (2)	67 (10)	86 (20)	160 (10)
« Urgence absolue »	1 (< 0,5)	14 (2)	7 (2)	22 (2)
Données manquantes	20 (5)	12 (2)	8 (2)	40 (3)

2. Critère de jugement principal

2.1. Acceptabilité

Sur la période d'inclusion ayant totalisé 1506 passages, 224 patients soit 15% ont répondu au questionnaire sociodémographique. Parmi les 224 patients ayant rendu leur questionnaire, 165 ont répondu au WAST ce qui correspond à un taux d'acceptabilité de 74% (tableau 3). L'hôpital Bichat présente un taux d'acceptabilité de 78% suivi de l'hôpital Avicenne à 75% et enfin de l'HEGP à 68% ($p=0,04$). Sur les 165 questionnaires WAST rendus, 93% étaient complets.

Tableau 3 : Taux de réponse au questionnaire selon le site d'inclusion

	Hôpital Avicenne N = 400	Hôpital Bichat N = 682	HEGP N = 424	Total N = 1506	p-value**
Patients ayant répondu parmi la totalité des passages, n(%)					
Données sociodémographiques	65 (16)	80 (12)	79 (19)	224 (15)	0,005
Questionnaire WAST	49 (12)	62 (9)	54 (13)	165 (11)	0,10
Patients détectés comme victimes*	10 (3)	5 (1)	3 (1)	18 (1)	0,03
Patients ayant répondu parmi la totalité des questionnaires rendus, n(%)					
Questionnaire WAST	49 (75)	62 (78)	54 (68)	165 (74)	0,04
Patients détectés comme victimes*	10 (15)	5 (6)	3 (4)	18 (8)	0,03
Patients détectés comme victimes parmi la totalité des questionnaires WAST rendus n(%)	10 (20)	5 (8)	3 (6)	18 (11)	0,04

* Victimes : patients ayant obtenu un score au WAST supérieur ou égal à 5

** Test du Chi2 ou Test de Fisher selon approprié

3. Critères de jugement secondaires

3.1 Confort

3.1.1 Niveau de confort des patients

Dans cette étude, nous avons décidé d'évaluer le niveau de confort des patients ayant répondu au questionnaire WAST, les résultats sont présentés dans le **tableau 4**. Parmi tous les patients ayant répondu au questionnaire, la moyenne du niveau de confort est de $4 \pm 1,5$. Nous avons réalisé un test de Student sur la moyenne du score de confort, qui a mis en évidence une différence significative entre la moyenne du groupe de patients détectés comme victimes (2,8) et celle du reste des répondants au WAST (4,2) avec une p value calculée à 0,001. Parmi les victimes, 13 patients (72%) ont évalué leur niveau de confort entre 3 et 5 sur l'échelle de Likert et 3 (17%) ont déclaré se sentir très inconfortables. Parmi les patients non détectés comme victimes, 124 d'entre eux (84%) ont répondu sur le versant confortable et 17 (12%) sur le versant inconfortable. A l'échelle de l'ensemble des répondants au questionnaire WAST, 83% se situaient sur le versant confortable.

Tableau 4 : Niveau de confort des patients vis à vis de la réponse au WAST

	WAST $\geq 5^*$ n(%) N = 18	WAST $< 5^{**}$ n(%) N = 147	Total n(%) N = 165
0 – Très inconfortable	3 (17)	10 (7)	13 (8)
1 – Inconfortable	0	3 (2)	3 (2)
2 – Plutôt inconfortable	2 (11)	4 (3)	6 (4)
3 – Plutôt confortable	6 (33)	6 (4)	12 (7)
4 – Confortable	6 (33)	23 (15)	29 (17)
5 – Tout à fait confortable	1 (6)	95 (65)	96 (58)
Pas de réponse	0	6 (4)	6 (4)
Moyenne du score \pm ET	2,8 \pm 1,6	4,2 \pm 1,5	4 \pm 1,5
Médiane [intervalle IQ]	3 [2-4]	5 [4-5]	5 [4-5]

* Les patients ayant obtenu un score au WAST supérieur ou égal à 5 sont considérés comme victimes

** Les patients ayant obtenu un score au WAST strictement inférieur à 5 ne sont pas considérés comme victimes

ET : écart type

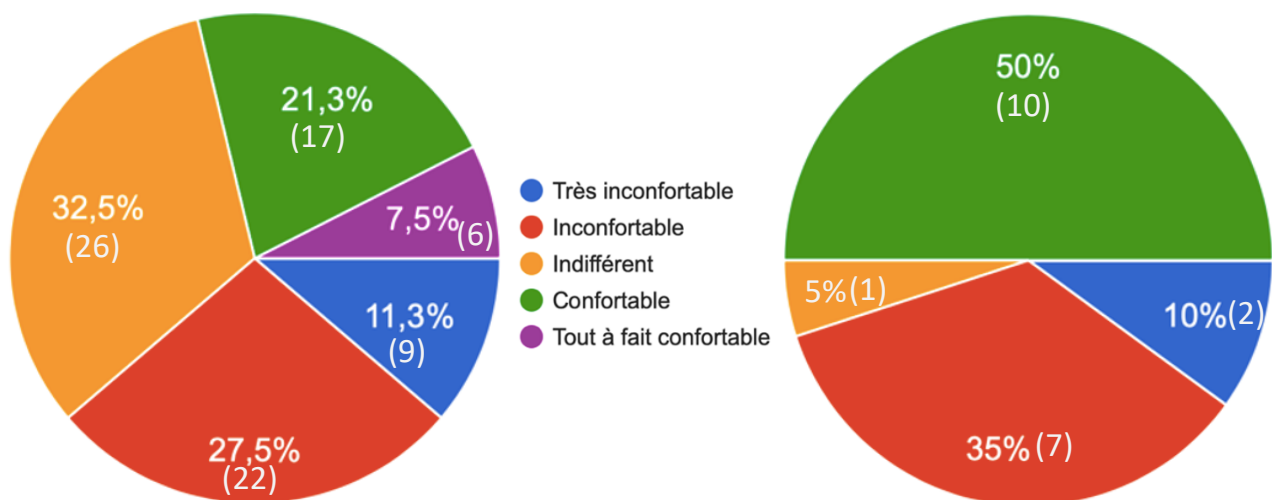
IQ : inter-quartile

3.1.2 Niveau de confort des soignants

Un autre des objectifs de ce travail était d'apprécier le niveau de confort des soignants quant à la proposition de l'auto-questionnaire WAST. Pour cela, trois questions leur ont été posées, avant et après la période de distribution du WAST dans leur service. Nous avons également recensé plusieurs informations à caractère sociodémographique afin d'analyser le profil des soignants ayant répondu. Au total, 80 soignants ont répondu au questionnaire avant la période de distribution du WAST et 20 après.

La première question portait sur le niveau de confort vis à vis de la stratégie de détection des violences conjugales aux urgences. Avant l'introduction du WAST, 23 soignants soit 29% ont répondu sur le versant confortable, six d'entre eux se sentaient tout à fait confortables. 39% des soignants rapportaient être inconfortables ou très inconfortables. Avec l'introduction du WAST, 10 soignants soit 50% déclarent se sentir confortables.

Figure 2 : Distribution du niveau de confort des soignants vis-à-vis de la stratégie de détection des victimes de violences conjugales aux urgences

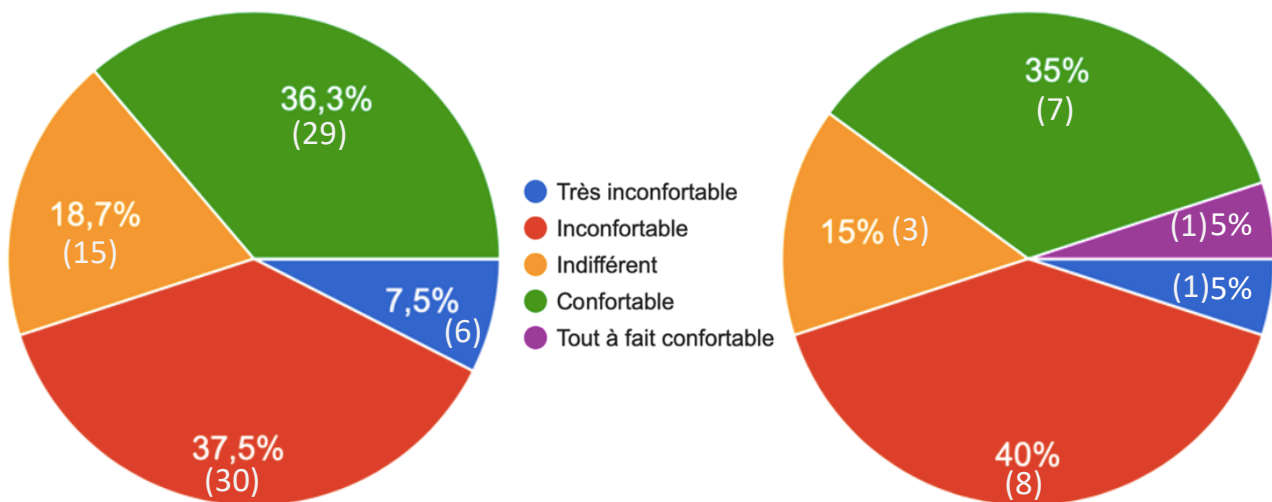


a. Avant la mise en place de l'auto-questionnaire WAST (n)

b. Après la mise en place de l'auto-questionnaire WAST (n)

La deuxième question s'intéressait au niveau de confort lorsque le soignant cherchait à détecter les victimes de violences conjugales. Avant l'utilisation du WAST, aucun ne s'estimait tout à fait confortable et 36 soit 45% affirmaient être inconfortables. La répartition des réponses lors de la distribution systématique de l'auto-questionnaire apparaît similaire.

Figure 3 : Distribution du niveau de confort des soignants lorsqu'ils cherchent à détecter les victimes de violences conjugales

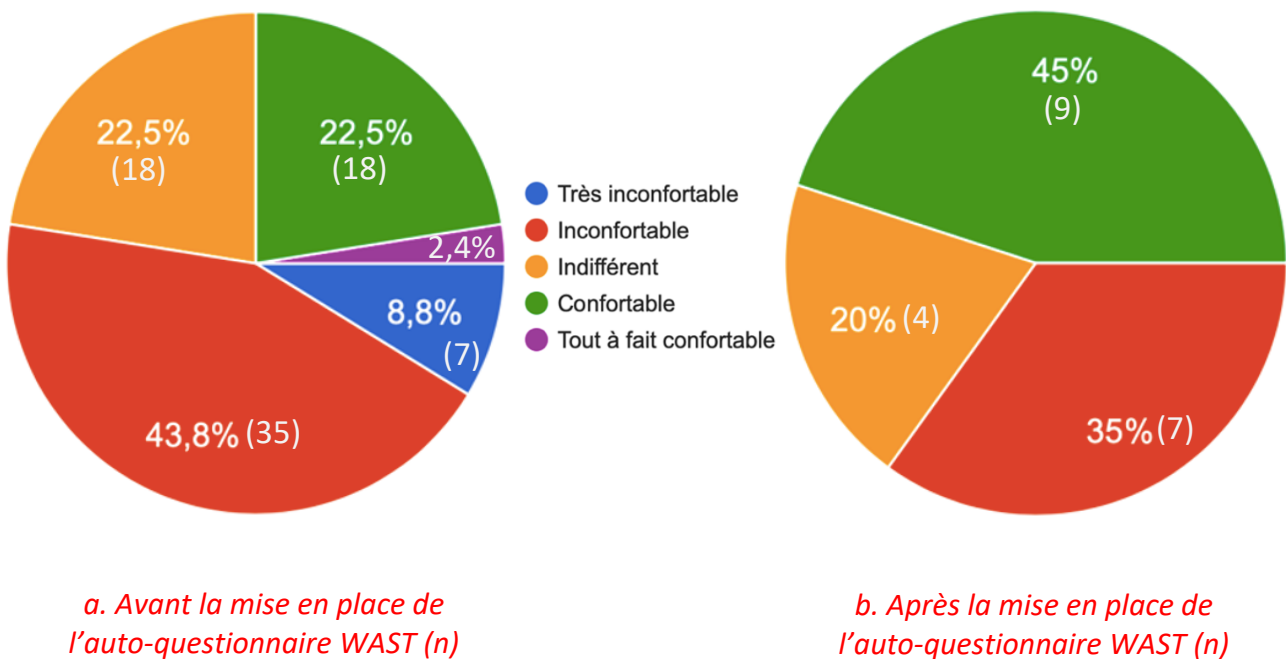


a. Avant la proposition systématique de l'auto-questionnaire WAST (n)

b. Avec la proposition systématique de l'auto-questionnaire WAST (n)

La dernière question visait à recenser le niveau de satisfaction des soignants quant à la prise en charge des patients victimes de violences aux urgences. Plus de la moitié soit 53% des soignants ont répondu ne pas être satisfaits de la prise en charge. Deux estimaient que la prise en charge était tout à fait satisfaisante. Après la période de distribution du WAST, sept soignants (35%) s'estimaient insatisfaits de la prise en charge des victimes et neuf (45%) rapportaient être satisfaits.

Figure 4 : Distribution du niveau de satisfaction des soignants vis-à-vis de la prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences



En ce qui concerne les caractéristiques des soignants ayant répondu au questionnaire avant la réalisation de l'étude : 50% d'entre eux exerçaient à l'hôpital Bichat (tableau 5), 58% étaient des femmes, 54% avaient entre 20 et 30 ans et 41% étaient infirmières. 21% avaient entre 30 et 40 ans et étaient médecin sénior. 40% travaillaient majoritairement de jour. 87% d'entre eux travaillaient à temps plein. 69% des soignants travaillaient dans le service des urgences depuis moins de 5 ans et 20% depuis plus de 10 ans. Les 20 soignants ayant répondu au questionnaire après la période d'utilisation du WAST ont un profil similaire aux 80 premiers. A noter 60% de soignants travaillant de jour et 75% depuis plus d'un an. Le personnel de l'hôpital Avicenne n'a pas répondu au 2^{ème} questionnaire.

Tableau 5 : Caractéristiques des soignants ayant répondu aux questionnaires

Caractéristiques	1^{er} questionnaire* n(%) N = 80	2^{ème} questionnaire** n(%) N = 20
Femmes	46 (58)	12 (60)
Catégorie d'âge		
20-30 ans	45 (54)	10 (50)
30-40 ans	17 (21)	4 (20)
40-50 ans	12 (15)	3 (15)
> 50 ans	8 (10)	3 (15)
Profession		
Infirmier(e)	33 (41)	7 (35)
Médecin sénior	17 (21)	5 (25)
Aide-soignant(e)	13 (16)	4 (20)
Interne	10 (13)	1 (5)
Cadre infirmier(e)	1 (1)	1 (5)
Autre	6 (8)	2 (10)
Horaires de travail		
Uniquement ou majoritairement de jour	27 (34)	12 (60)
Uniquement ou majoritairement de nuit	32 (40)	1 (5)
Alternativement de jour et de nuit	20 (25)	7 (35)
Parfois de jour	3 (4)	0
Parfois de nuit	12 (15)	3 (15)
Temps de travail		
Temps plein	67 (87)	18 (90)
Temps partiel	10 (13)	2 (10)
Ancienneté dans la profession		
< 1 an	11 (14)	3 (15)
De 1 an à < 5 ans	17 (21)	8 (40)
De 5 ans à < 10 ans	6 (7)	1 (5)
> 10 ans	14 (18)	6 (30)
Données manquantes	32 (40)	2 (10)
Hôpital d'affectation		
Hôpital Avicenne	24 (30)	0
Hôpital Bichat	40 (50)	12 (60)
HEGP	16 (20)	8 (40)
Ancienneté dans le service des urgences		
< 1 an	26 (33)	6 (30)
De 1 à 5 ans	29 (36)	6 (30)
De 5 à 10 ans	8 (10)	3 (15)
> 10 ans	17 (21)	5 (25)

* 1^{er} questionnaire : Questionnaire distribué avant la période d'utilisation du WAST

** 2^{ème} questionnaire : Questionnaire distribué après la période d'utilisation du WAST

3.2 Prévalence

3.2.1 Nombre de patients victimes de violences conjugales et leurs caractéristiques

Parmi les patients ayant répondu au questionnaire WAST, 18 ont été détectés comme victimes, c'est-à-dire ayant obtenu un score supérieur ou égal à 5 sur 16 (**tableau 3**). Rapporté au nombre total de passages sur la période d'inclusion, cela correspond à 1% des patients. Lorsque l'on regarde le nombre total de questionnaires WAST rendus sur les 3 hôpitaux cela correspond à 11% des patients (20% à Avicenne, 8% à Bichat, 6% à l'HEGP, $p=0,04$). Si l'on se penche sur le nombre total de questionnaires rendus (soit 224) cela correspond à 8% de victimes (15% à Avicenne, 6% à Bichat, 4% à l'HEGP, $p=0,03$).

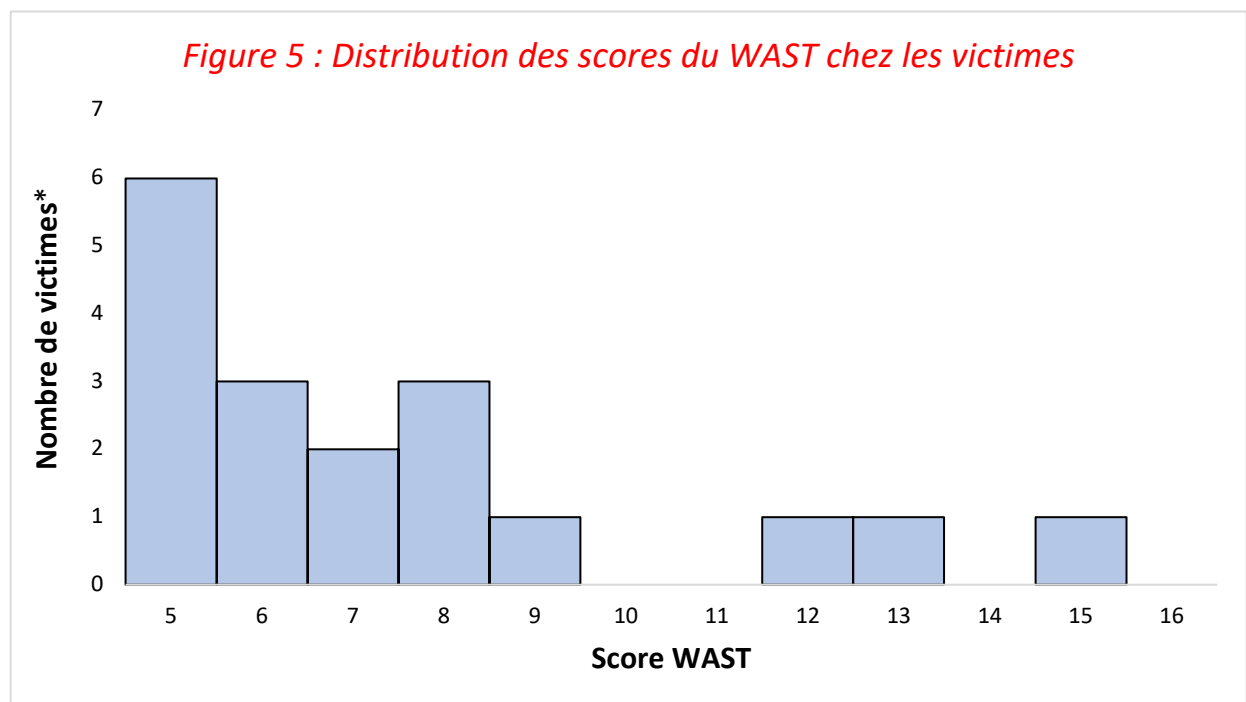
Parmi les 224 patients ayant rendu leur questionnaire, 111 d'entre eux (50%) ont déclaré être en couple au moment de leur consultation aux urgences ; ces 111 patients ont tous répondu au questionnaire WAST. Le taux de réponse était donc de 100% chez les patients en couple contre 53% chez les célibataires. Parmi les 59 patients qui n'ont pas répondu au WAST, 78% d'entre eux ont déclaré être célibataires.

Les caractéristiques des victimes de violences conjugales détectées au moyen du questionnaire WAST sont présentées dans le **tableau 1**. On note 56% d'hommes. Parmi les 8 femmes une seule était enceinte. Concernant leur catégorie d'âge, 33% avaient entre 18 et 30 ans et un seul patient avait plus de 80 ans. Au moment de l'étude 55% des victimes se déclaraient célibataires dont 2 avec enfants à charge et 1 avec adulte à charge. D'un point de vue professionnel, 2 soit 11% étaient en recherche d'emploi. 67% des patients ont consulté aux urgences entre 8h00 et 18h00 pour un motif médical (61%) et 22% pour un motif social ($p=0,02$). 44% des victimes avaient consulté aux urgences dans le mois précédent ($p=0,02$).

Concernant les caractéristiques des 147 patients n'ayant pas été détectés comme victimes, 40% d'entre eux étaient âgés de plus de 50 ans et 70% étaient en couple ($p=0,03$). 80% ont consulté entre 8h00 et 18h00 et 4% pour un motif social. On note que 78% de ces patients n'avaient pas consulté aux urgences durant le mois précédent.

3.2.2 Score WAST des victimes et répartition selon les items

Parmi les victimes de violences conjugales, la moyenne du score WAST s'élevait à $7,5 \pm 2,9$ et la médiane à 6 [5-8]. La distribution des scores WAST des patients détectés comme victimes est présentée dans la **figure 5**. Parmi l'ensemble des patients ayant répondu au WAST, 85 d'entre eux (51%) avaient un score nul.



* Victimes : patients ayant obtenu un score au WAST supérieur ou égal à 5

La répartition des réponses aux différentes questions composant l'auto-questionnaire WAST est présentée dans le **tableau 6**.

100% des victimes se sentent rabaissées ou dévalorisées lors des disputes. Plus de 90% se sentent effrayées par les dires ou les actes de leur conjoint.e, pour 17% d'entre elles c'est le cas régulièrement et pour 78% épisodiquement.

A la question « les disputes avec votre conjoint.e se terminent-elles par le fait d'être frappé.e, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussé.e ? », six répondent que cela se produit parfois et deux couramment.

En ce qui concerne les types de violences subies, 72% sont victimes de violences psychologiques, 67% de violences physiques, et 39% de violences sexuelles.

Concernant les patients non détectés comme victimes, 28% se sentent parfois rabaissée lors les conflits. 1% d'entre eux ont déjà été maltraités physiquement et leurs disputes se terminent parfois par des coups ou des bousculades. 3% ont déjà été victimes de violences psychologiques. Aucun n'a déjà subi de violences sexuelles.

3.3 Faisabilité

Les données exactes concernant le nombre de questionnaires distribués par les IAO n'ont pas été correctement récupérées, ainsi nous n'avons pas pu calculer le taux de questionnaires distribués par chaque service d'urgences durant la période d'inclusion. Cependant, nous rappelons que sur les trois sites le nombre total de passages sur la période d'inclusion s'élevait à 1506 avec 224 questionnaires récupérés (15%).

Tableau 6 : Distribution des réponses aux items du WAST chez les répondants

	WAST ≥ 5* n(%) N = 18	WAST < 5** n(%) N = 147	Total n(%) N = 165
1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint.e ?			
Très tendue	4 (22)	2 (14)	6 (4)
Assez tendue	12 (67)	22 (15)	34 (21)
Sans tension	1 (6)	121 (84)	122 (75)
2. Comment vous et votre conjoint.e arrivez-vous à résoudre vos disputes ?			
Très difficilement	4 (22)	3 (21)	7 (4)
Assez difficilement	9 (50)	17 (12)	26 (16)
Sans difficulté	4 (22)	122 (85)	126 (80)
3. Les disputes avec votre conjoint.e font-elles que vous vous sentez rabaissé.e ou que vous vous sentez dévalorisé.e ?			
Souvent	9 (50)	1 (1)	10 (7)
Parfois	9 (50)	41 (28)	50 (31)
Jamais	0	99 (67)	99 (62)
4. Les disputes avec votre conjoint.e se terminent-elles par le fait d'être frappé.e, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussé.e (bousculé.e)?			
Souvent	2 (11)	0	2 (1)
Parfois	6 (33)	1 (1)	7 (5)
Jamais	9 (50)	140 (97)	149 (94)
5. Vous êtes-vous déjà senti.e effrayé.e par ce que votre conjoint.e dit ou fait ?			
Souvent	3 (17)	0	3 (2)
Parfois	14 (78)	11 (8)	25 (11)
Jamais	1 (6)	131 (92)	132 (83)
6. Votre conjoint.e vous a-t-il/elle déjà maltraité.e physiquement ?			
Souvent	3 (17)	0	3 (2)
Parfois	9 (50)	2 (1)	11 (7)

Jamais	6 (33)	140 (97)	146 (91)
7. Votre conjoint.e a-t-il/elle déjà abusé de vous psychologiquement ?			
Souvent	5 (28)	0	5 (3)
Parfois	8 (44)	4 (3)	12 (7)
Jamais	5 (28)	138 (96)	143 (90)
8. Votre conjoint.e a-t-il/elle déjà abusé de vous sexuellement ?			
Souvent	1 (6)	0	1 (1)
Parfois	6 (33)	0	6 (4)
Jamais	11 (61)	142 (99)	153 (97)

* Les patients ayant obtenu un score au WAST supérieur ou égal à 5 sont considérés comme victimes

** Les patients ayant obtenu un score au WAST strictement inférieur à 5 ne sont pas considérés comme victimes

Discussion

Son caractère multicentrique, sur trois grands hôpitaux de la région parisienne, permet d'accorder à cette étude une bonne validité externe et une représentativité à plus grande échelle. Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire validé, utilisé depuis plusieurs années et estimé comme pertinent par la littérature. (29–32) L'originalité de notre travail réside dans l'inclusion des hommes, dans la stratégie de détection et dans la prise en compte du confort des soignants concernant la détection des violences conjugales.

L'objectif principal était d'évaluer l'acceptabilité par les patients de la détection systématique des violences conjugales aux urgences via la distribution d'un auto-questionnaire, en particulier la version française du WAST. Notre étude présente un excellent taux de réponse au questionnaire (165 sur 224). Cela démontre une adhésion des patients à la démarche de détection des violences conjugales. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature. (14–17,29) Les patients sont en effet favorables à la détection systématique et souhaitent qu'on les interroge davantage sur le sujet. (14,16) Les obstacles à la détection des violences conjugales semblent reposer principalement sur l'absence de questionnement des patients. Repérer ces barrières est donc indispensable à l'évolution des pratiques et des mentalités. (23) L'étude réalisée au CHU de Nice a permis d'identifier certains de ces freins en interrogeant directement les médecins. (37) Les principaux motifs avancés étaient le fait de ne pas y penser suffisamment, le manque de temps, la peur de rallonger la prise en charge, le manque de formation ou encore la crainte de ne pas savoir quelle prise en charge proposer et vers quelles structures orienter les victimes. Certains praticiens préféraient aborder le sujet uniquement si le patient en parlait directement et rapportaient la crainte d'être ou de mettre le patient mal à l'aise.

De plus, une autre hypothèse à émettre comme autre frein spécifique à la détection aux urgences serait la réticence des médecins à interroger les patients sur leur vie personnelle. En effet ils évoquent leur manque de légitimité dans un contexte et un lieu estimés comme inadaptés. (37) Les soignants étant spécialisés dans la gestion de l'urgence, la connaissance et

le suivi du patient ne sont pas aussi poussés que lors de la prise en charge par le médecin généraliste. Cependant, certaines questions posées par l'urgentiste lors de l'interrogatoire de base du patient pourraient être ressenties comme intrusives. Pourtant, nous posons ces questions tous les jours sans tabou, dans l'objectif d'offrir la meilleure prise en charge possible à nos patients. En effet, la HAS recommande que toutes les personnes soient questionnées sur leur consommation de tabac, de cannabis ou encore d'alcool lors de la consultation et notamment dans les lieux de premier recours aux soins. (39,40) L'essai randomisé français BREVALCO de 2016 évaluait notamment l'impact de la détection et d'interventions brèves concernant la consommation d'alcool dans quatre services d'urgences de la région parisienne. (41) Les urgences sont donc un lieu de détection de pathologies non urgentes, les violences conjugales n'en étant qu'une parmi tant d'autres. Il s'agirait alors de faire rentrer le questionnement sur la vie de couple dans nos pratiques usuelles, au même titre que le questionnement sur les antécédents médicaux, la consommation de tabac, d'alcool, de toxiques et sur les risques d'infections sexuellement transmissibles.

Conformément à ce qui a été rapporté dans la littérature, il apparaît dans nos résultats que les victimes se sentent plus inconfortables lors de la complétion du questionnaire portant sur les violences, que le reste des répondeurs sans pour autant que cela les ait empêché de répondre. (29,31,42,43) Cela est tout à fait compréhensible, les questions portant sur un aspect particulièrement complexe, sensible et douloureux de leur vie personnelle.

Dans notre étude nous tenions également à recenser le niveau de confort ressenti par les soignants concernant la problématique des violences conjugales et leur détection aux urgences par un auto-questionnaire. Bien que l'on note une faible participation des soignants notamment au second questionnaire, on remarque que quelle que soit la question posée, qu'elle porte sur la stratégie de détection ou la prise en charge des victimes, plus d'un tiers voire presque la moitié des soignants ne se sont pas sentis confortables avec le sujet. Cela s'appliquait avant et après l'introduction du WAST. On peut noter une légère augmentation de la proportion de soignants s'étant sentis confortables avec l'utilisation du WAST, cependant cet écart est non significatif et difficilement interprétable au vu de la différence de taille d'effectif. Une des hypothèses pouvant expliquer cette augmentation avec l'utilisation WAST est la sensibilisation des soignants réalisée par l'étude et la proposition d'un support d'aide à

la détection. Une des remarques des soignants rapportée lors du questionnaire qui leur a été distribué était de « revoir avec l'équipe soignante des urgences le protocole à suivre en cas de violences conjugales ». Ainsi, le manque d'aise des soignants sur la question des violences conjugales constitue bien une des barrières à leur détection. Sensibiliser et proposer des outils d'aide à la détection, apparaît être nécessaire et un moyen de faire tomber au moins en partie certaines de ces barrières.

Le taux de victimes de violences conjugales observé parmi les répondeurs à l'auto-questionnaire WAST est similaire à certaines études rapportées dans la littérature et concernant la population générale des femmes. En effet, l'on retrouve 11% de victimes de violences, tous sexes confondus, 10% lorsque l'on s'intéresse aux femmes, taux également retrouvé lors de l'enquête ENVEFF. (11) Ces chiffres sont nettement supérieurs à ceux observés dans les différents rapports institutionnels. (12) Alors que le travail que nous présentons porte sur la détection des violences dans les 12 derniers mois, certaines estimations de prévalence en France s'élèvent à 20 - 25% des femmes lorsque l'on considère la vie entière. (7,10).

Pour cette étude nous avons choisi d'utiliser la version française de l'auto-questionnaire WAST, outil de dépistage validé en 2020 par l'équipe de Clermont Ferrand auprès des femmes âgées de plus de 18 ans en médecine générale. (29) Néanmoins, nous avons ici décidé de le proposer également aux hommes. Le taux de victimes parmi les hommes ayant répondu à l'auto-questionnaire WAST était de 12%. Nous nous attendions à une grande prédominance de femmes parmi les victimes comme cela a en effet été observé dans la majorité des études portant sur la détection des violences conjugales. Plusieurs éléments peuvent éclairer ce résultat. Tout d'abord, la population des trois sites et notamment celle des patients consultant à Avicenne était caractérisée par une majorité d'hommes. De plus, parmi les non répondeurs au WAST, une grande majorité étaient des femmes célibataires sur la dernière année, n'étant donc pas éligibles à la complétion du questionnaire. D'autre part, il est possible que le mode de détection anonyme via un auto-questionnaire ait permis de détecter plus de victimes masculines, les hommes ayant davantage tendance à taire et banaliser les violences de leur partenaire. (44) Déjà en 2002, Chuang et Liebschutz avaient identifié deux principaux modes de détection des violences conjugales : le questionnement oral lors de l'interrogatoire et

l'utilisation d'un auto-questionnaire. (45) Vingt ans plus tard, une étude canadienne comparait les deux méthodes et avait mis en évidence un confort plus important des victimes via la complétion d'un auto-questionnaire. (28) Cependant, McHugh et al pointent le risque d'utilisation des questionnaires développés pour les femmes. Seulement changer les pronoms des questions sans adapter et valider le questionnaire auprès des hommes ne permettrait pas de détecter efficacement les hommes victimes de violences. (46) En effet, une revue de la littérature de 2022 rapporte qu'il existe encore de nombreuses zones d'ombre sur la manière dont les hommes définissent et conceptualisent les violences, rendant alors leur détection particulièrement difficile. (47)

Les données sur les violences conjugales à l'égard des hommes en milieu hospitalier en France sont quasi inexistantes. Dans la lettre de l'observatoire national de 2021 portant sur les violences au sein du couple, bien que la vaste majorité des victimes soient des femmes, 15% des victimes d'homicides et 13% des victimes de violences enregistrées par les services de police et de gendarmerie étaient des hommes. (12) Selon l'enquête Cadre de Vie et Sécurité de l'Insee de 2019, sur la période de 2011 à 2018, 28% des victimes de violences conjugales d'ordre physique ou sexuelle étaient des hommes. (48) Il reste incontestable que les femmes sont les principales victimes de ce fléau. Cependant, tout comme le précise le site « déclic violences » à destination des médecins généralistes, il convient de rappeler que les violences conjugales se caractérisent par une relation d'emprise entre une personne et son/sa partenaire ou ex-partenaire subissant alors toutes sortes de violences de manière répétée ; ces situations peuvent toucher tous les milieux sociaux et tous les individus. (1,6,49)

Nous pouvons également remarquer que la majorité des victimes détectées proviennent de l'hôpital Avicenne. Ceci peut s'expliquer par une population davantage, précaire et/ou d'origine étrangère. Cela est également le cas dans une moindre mesure à l'hôpital Bichat. A l'inverse, le bassin de population que dessert l'HEGP est rapporté plus aisé et plus âgé pouvant expliquer le plus faible taux de victimes détectées. Même si les violences touchent tous types de couples sans discrimination, il n'en demeure pas moins que des facteurs de plus grande vulnérabilité ont été identifiés, tels que la situation de migration ou la précarité économique. (1,4,30) L'étude réalisée par Guiguet-Auclair et al. portant sur la validation du WAST en médecine générale retrouvait des résultats similaires à notre étude avec parmi les femmes victimes, un taux de chômage plus élevé et davantage de précarité sociale. (29)

Nous observons que près de la moitié des victimes avait déjà consulté aux urgences dans les trente jours précédents. Cela vient corroborer le fait que ces patients ont davantage recours aux soins que la population générale. (20) Ils peuvent consulter pour des fractures, des lésions oculaires ou encore des traumatismes crâniens compliqués de céphalées, de vertiges voire parfois de troubles cognitifs. (1,13,50) Cependant, dans notre étude les victimes se présentaient finalement assez peu aux urgences pour un motif traumatologique en comparaison avec le reste de la population. Bien qu'initialement inattendus, ces résultats viennent confirmer l'intérêt de la détection systématique. En effet, celle-ci permet de détecter des victimes ne consultant pas pour un motif évocateur de violences conjugales, qui ne représentent que la partie émergée de l'iceberg. Les troubles gastro-intestinaux, gynécologiques ou encore psychiatriques tels que l'alcoolisme, la dépression et les comportements suicidaires représentent tout compte fait la majorité des motifs de consultation. (1,6,13,20,51)

Une des principales limites de cette étude était l'absence de données permettant d'évaluer le taux de distribution du questionnaire et que l'on ne peut approximer que par le taux de questionnaires rendus qui s'élevait à 15%. En effet, cela démontre la difficulté de mettre en place de ce type de détection systématique aux urgences. Cette problématique avait déjà été rencontrée lors de travaux précédents. En effet, au Centre Hospitalier de Lens, seulement 270 patientes avaient reçu le questionnaire à compléter sur un mois (pour une distribution 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7). (16) Au CHU de Nice sur une même période, seulement 52 patients s'étaient vus interrogés sur la question des violences conjugales, tout en sachant que 15 d'entre eux s'étaient présentés avec un motif de consultation évocateur de violences. (37) Aux urgences de Poitiers, également sur une période d'un mois, 112 questionnaires portant sur la détection des violences ont été distribués par les IAO. (17)

Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses quant à la faible distribution des questionnaires par les IAO. Les services d'urgences faisant face un afflux continu de patients parfois très important, il est probable que la distribution des questionnaires n'ait pas été leur priorité notamment par manque de temps et de personnel. De plus, il est vraisemblable qu'une pré-sélection ait pu être réalisée par les IAO estimant eux même certains patients comme inaptes à répondre au questionnaire alors qu'ils ne présentaient pas de critères d'exclusion (comme

les patients âgés ou consultant pour motif psychiatrique). Les IAO ayant un rôle de tri et ne participant pas au suivi de la prise en charge du patient aux urgences, il est possible qu'ils se soient sentis moins concernés par la problématique de détection systématique des violences conjugales. En effet, certains soignants ont signalé dans le questionnaire qui leur a été distribué que « cette question personnelle ne relève pas de la fonction paramédicale » et que « ce n'est pas la priorité si le motif de consultation n'est pas en lien avec l'agression ».

Lors de la période de recrutement, un des investigateurs était présent sur place afin d'aider à la distribution et à la récupération des questionnaires. Sans cette présence, il est très probable que le nombre de questionnaires distribués aurait été beaucoup plus faible. Ainsi, pour une détection s'approchant d'un modèle systématique, il apparaît nécessaire qu'un membre du personnel soit dédié à la distribution et la récupération des questionnaires. Cela est à l'évidence non réalisable en pratique courante.

Les questions composant le WAST ne portent que sur la période des 12 derniers mois, les patients célibataires sur la dernière année n'étaient donc pas éligibles au remplissage du questionnaire et de potentielles anciennes victimes qui n'étaient pas en situation de violences au moment de la détection n'ont pas pu être détectées.

Nous rappelons que l'acceptabilité de l'auto-questionnaire était définie comme étant la proportion de réponses au WAST parmi les patients ayant rendu leur questionnaire. Lors de la constitution du protocole de l'étude nous avons omis de prendre en compte qu'un certain nombre de patients consultant aux urgences ne pourraient pas répondre au questionnaire de par leur célibat sur la dernière année. Ainsi, certains d'entre eux n'ont donc pas répondu au WAST par manque d'éligibilité et non pas par manque d'acceptabilité du questionnaire. Cette dernière évaluée à 74% est donc probablement sous-estimée, d'autant plus que si l'on analyse le taux de réponse au WAST parmi les patients en couple celui-ci s'élève à 100% contre 53% chez les célibataires. Nous rappelons également que parmi les patients n'y ayant pas répondu se trouvait une majorité de patients célibataires sur la dernière année (78%).

De surcroit, la définition de « couple » peut varier selon les personnes. Des patients ayant eu des relations dans la dernière année sans s'être considérés comme étant engagés dans un couple, ont pu ne pas se sentir concernés par le questionnaire et donc ne pas y répondre.

La valeur seuil de 5 au score WAST était utilisée pour déterminer si un patient était victime ou non de violences conjugales. Dans l'étude de validation du WAST, cette valeur seuil était associée à une sensibilité et une spécificité supérieures à 95% avec une valeur prédictive positive et négative autour de 90% pour une prévalence estimée à 26% en France. (29) Cependant, nous avons observé que certains patients pourtant victimes de violences n'étaient pas identifiées comme telles en raison d'un score WAST inférieur à 5. Or on est victime de violences conjugales dès le premier acte. Ce score seuil présente donc ses limites et ne signifie pas qu'il y a absence de violences.

D'autre part, les violences sont parfois banalisées par les victimes, on peut notamment citer la maltraitance psychologique qui est pourtant tout aussi destructrice que les autres formes de violences. (52) En effet, les victimes ayant grandi dans des milieux où régnaient la violence, la poursuite du schéma qu'elles ont toujours connu les empêche d'ouvrir les yeux sur l'anormalité de la situation. (1) Ceci, associé au phénomène d'emprise qu'elles subissent et à la peur des représailles, engendre une réticence ou un évitement face aux procédures de détection des violences comme par exemple par auto-questionnaire. (23,29) Si les violences sont parfois encore banalisées par les victimes, cela a longtemps été le cas par la société. Selon l'Assemblée générale des Nations Unies, les violences conjugales seraient la traduction des rapports de force historiquement inégaux entre les hommes et les femmes. (53) Si l'on prend l'exemple des violences sexuelles dans le couple, il convient de rappeler qu'en 1810 le concept de « devoir conjugal » était une obligation qui rendait le viol inconcevable entre époux. (54) La notion de « violences conjugales » n'a commencé à voir le jour qu'au cours des années 70 avec l'ouverture du premier refuge pour femmes battues à Clichy. En 1979, a eu lieu la convention de l'Organisation des Nations Unies sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes, ratifiée en 1983 par la France. Ce n'est qu'en 1990 que la Cour de Cassation reconnaît pour la première fois le crime de viol entre époux et met définitivement fin à la notion de « devoir conjugal ». (55)

Au total, au regard des résultats de notre étude, l'adhésion des patients et leur confort vis-à-vis de la détection des violences conjugales aux urgences via un auto-questionnaire sont forts. Toutefois, ce mode de détection systématique apparaît complexe à mettre en place au long cours et notamment dans les services d'urgences. Les différents outils développés tels que les

auto-questionnaires validés sont une réelle aide à la détection, nous devrions envisager de les mettre à la disposition des patients en format papier ou numérique dans les salles d'attente et de consultation. Cependant, tout comme le préconise la HAS le mieux serait probablement de poser simplement des questions concernant les situations de violences conjugales au cours d'un entretien et d'un moment privilégié lors de la prise en charge du patient. (2) Duguet A, Lazimi G et al. prônent le questionnement oral systématique au décours de l'examen clinique au moment du recueil des antécédents médicaux, chirurgicaux et addictifs. Ils proposent quelques exemples de questions à poser aux patients : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants ? », « Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ? », « Avez-vous peur de votre partenaire ? ». (6,20) Peu de travaux en France évaluent le questionnement de vive voix des patients aux urgences sur la problématique des violences. Néanmoins, l'étude réalisée aux urgences du CHU de Nice a montré qu'un questionnement oral des patients, bien qu'ils se sentent inconfortables, permet tout de même la détection des victimes. (37) Sur une période d'un mois dans un centre de planification familiale du Texas, une étude américaine a rapporté une différence de prévalence de presque 20% à la faveur du questionnement oral par une infirmière en comparaison avec l'utilisation d'un auto-questionnaire. (56)

Il est donc nécessaire de poursuivre la formation des soignants, de les aider à s'approprier cette thématique afin qu'ils apprennent à interroger les patients au bon moment, leur permettant alors d'y répondre en toute confiance. (23,24,29)

En parallèle, il est également important de continuer à encourager la population à révéler les violences, différents instruments ont été créés comme le violentomètre. Simple d'utilisation, il permet de se situer dans sa relation et de contrer le phénomène de banalisation des violences. (57) Il pourrait par exemple être intéressant d'afficher ces outils de sensibilisation dans les salles d'attente des urgences.

Nous nous dirigeons vers une évolution des mentalités et des pratiques, la détection systématique rentrant progressivement dans les recommandations de bonne pratique et dans les mœurs. Dès maintenant, il serait souhaitable de pratiquer aisément la détection systématique des violences chez le médecin généraliste, chez le gynécologue ainsi qu'aux

urgences générales ou encore gynécologiques. Les recommandations de bonne pratique s'appliquent d'ailleurs à tout professionnel de santé. (2)

Nous ne pouvons clôturer ce travail sans dire un mot sur la prise en charge des victimes. De plus en plus de structures se sont développées ces dernières années pour l'accompagnement et la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Un véritable tournant a eu lieu en 2016 avec la création de la première maison des femmes par le Dr Ghada Hatem à Saint-Denis. Leur rôle consiste en une prise en charge pluridisciplinaire des victimes : médicale, sociale, psychologique et juridique (possibilité d'y déposer plainte). (58) Aujourd'hui il existe 56 maisons des femmes en France et l'État entend doubler leur nombre sur le territoire. (59) Nous rappelons aussi que le 3919 est le numéro national de référence d'écoute téléphonique et d'orientation des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles, il est accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. En cas de nécessité, ce numéro est aussi destiné aux professionnels concernés par cette problématique. (60) Le site du ministère de l'intérieur a mis à disposition une messagerie instantanée (chat) permettant de dialoguer avec un membre de la police ou de la gendarmerie. L'historique de la discussion peut être effacé à tout moment. (61) L'annuaire francilien du Centre Hubertine recense les personnes contacts en Île-de-France pour accompagner les victimes de violences conjugales dans leurs démarches (informations, écoute, aide psychologique, aide juridique ou encore prise en charge médicale spécialisée). (62)

Conclusion

Nous avons mené une étude observationnelle, prospective multicentrique dont l'objectif était d'évaluer l'acceptabilité de la détection systématique des violences conjugales aux urgences via un auto-questionnaire distribué par l'IAO. Le taux d'acceptation par les patients était de 74%, leur taux de confort était élevé. Parmi les patients ayant répondu au questionnaire, la prévalence des victimes de violences conjugales était de 11% (12% parmi les hommes ayant répondu au questionnaire, 10% parmi les femmes). Toutefois, au vu du nombre peu important de questionnaires finalement distribués et rendus sur la période, son utilisation comme outil de détection systématique n'apparaît pas efficace aux urgences. Les victimes détectées par le biais du questionnaire WAST étaient plus précaires, avaient davantage consulté dans le dernier mois aux urgences et semblaient malgré tout plus inconfortables vis-à-vis du questionnaire que les autres répondants. Les violences subies par les victimes étaient majoritairement d'ordre psychologique, physique puis sexuelles.

Il pourrait être intéressant pour l'avenir de réaliser une étude testant la détection systématique aux urgences via un questionnement de vive voix par le médecin lors de la consultation, avec en parallèle des affiches de sensibilisation et des questionnaires disposés en salle d'attente ainsi que la formalisation d'un parcours précis de prise en charge des victimes détectées.

Ainsi, les violences conjugales sont une problématique relevant de la Santé Publique. Les soignants, notamment des services d'urgences, sont en première ligne dans la détection des victimes et leur prise en charge. Nous former afin de faire de la détection systématique une pratique usuelle tant en cabinet de médecine générale qu'aux urgences est un des objectifs majeurs des années à venir. En parallèle, il est indispensable de poursuivre la sensibilisation de la population générale afin de permettre aux victimes de révéler plus facilement les violences. De plus en plus de ressources permettent aujourd'hui en France de prendre en charge et d'accompagner les victimes, il en va de notre responsabilité en tant que soignants de les connaître afin de les orienter vers ces structures adaptées.

Bibliographie

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2002. 376 p.
2. Haute Autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Recommandations pour la pratique clinique. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis : HAS; 2020. 2019. 58 p.
3. Estrada J, Lazimi G. La vulnérabilité des femmes migrantes en situation de précarité face aux violences en France. *Les cahiers de santé publique et de protection sociale*. 2013;9:29-34.
4. Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Torrubiano-Domínguez J, Gil-González D. Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006) [Mortality due to intimate partner violence in foreign women living in Spain (1999-2006)]. *Gaceta Sanitaria*.2008;22:232-5.
5. Salmona M. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales : une urgence humaine et de santé publique. Dans : Coutanceau R, Salmona M. *Violences conjugales et famille*. Paris : Dunod; 2016. p .64-7.
6. Duguet A, Lazimi G, Hervé C, Jehel L et al. Les violences sexuelles, autres violences faites aux femmes. *Médecine*.2014;10:262-8.
7. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet*.2022;399:803-13.
8. Ministère de l'intérieur. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Paris : Ministère de l'intérieur; 2021. 37 p.

9. #NousToutes [En ligne]. Comprendre les chiffres pour mieux défendre les femmes et les enfants victimes de violences sexistes et sexuelles - #NousToutes ; [cité le 12 août 2023]. Disponible : <https://www.noustoutes.org/comprendre-les-chiffres/>.
10. European Union : European Agency for Fundamental Rights. Violence against women: An EU-wide survey. Main results. Vienne : European Agency for Fundamental Rights; 2014. 200 p.
11. Jaspard M, Brown E, Condon S, Firdion J-M et al. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France [En ligne]. *Population et Sociétés*. 2001 [cité 12 août 2023]; 364:1-4. Disponible : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf.
12. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). La Lettre n°18 de l'observatoire national des violences faites aux femmes. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2021. Paris : Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances ; 18 novembre 2022. 31 p.
13. Henrion R. Les femmes victimes conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre délégué à la Santé. Paris : La Documentation française. 2001. 81 p.
14. Vareille C, Cadot N, Clerc S, Leuranguer S et al. Violences conjugales : un simple questionnaire anonyme peut-il aider au dépistage systématique? 2014.
15. Eygun J. Intérêt d'un dépistage systématique aux urgences des violences conjugales [Mémoire de diplôme d'études spécialisés de médecine d'urgence]. [Urgences du Centre Hospitalier de Pau] Collège Santé de l'Université de Bordeaux; 2017.

16. Lindsay D. Estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens. [Thèse]. [Lille]; 2018. 53 p.
17. O'Neill R. Dépistage des patients victimes de violence aux urgences adultes du CHU de Poitiers. [Thèse]. [Poitiers]; 2004. 68 p.
18. Pelizzari M, Lazimi G, Ibanez G. Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Île-de-France. *Cliniques méditerranéennes*.2013;88:69-78.
19. Lazimi G. Enfants exposés aux violences dans le couple. *Revue du Praticien de Médecine Générale*.2010;24:852-3.
20. Lazimi G. Repérage et accompagnement par le médecin généraliste des femmes victimes de violences. *La revue de l'infirmière*.2014;63:25-7.
21. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. *Santé Publique*.2010;22:405-16.
22. Société Française de Médecine d'Urgence. Maltraitance : dépistage, conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles). Conférence de consensus [En ligne]. Nantes : SFMU; 3 décembre 2004 [cité 12 août 2023]. 23 p. Disponible : https://www.sfmou.org/upload/consensus/cc_maltraitance_long.pdf
23. Lazimi G. Permettre de parler. *Pratiques*.2016;75:36-8.
24. Société Française de Médecine d'Urgence. La SFMU s'engage dans l'amélioration du dépistage et de la prise en charge par les services d'urgence des violences sexuelles faites aux femmes. Communiqué de Presse [En ligne]. Paris : SFMU; 18 novembre 2019 [cité 12 août 2023]. Disponible : https://www.sfmou.org/fr/presse/communiques_presse/la-sfmou-s-engag

[e-dans-l-amelioration-du-depistage-et-de-la-prise-en-charge-par-les-services-d-urgence-des-violences-sexuelles-faites-aux-femmes/pre_id/17.](#)

25. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. *Médecine*.2014;10:423-8.
26. Arora N, Hjalmarsson C, Lang E, Boyle A, Atkinson P. CJEM Debate Series: #DomesticViolence – We should routinely screen for domestic violence (intimate partner violence) in the emergency department. *CJEM*.2019;21:701-5.
27. Ahmad I, Ali PA, Rehman S, Talpur A, Dhingra K. Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*.2017;26:3271-85.
28. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M et al. Violence Against Women Research Group. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*.2006 Aug 2;296:530-6.
29. Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M et al. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool). *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*.2021;2:32-40.
30. Wathen CN, Jamieson E, MacMillan HL. McMaster. Violence Against Women Research Group. Who is identified by screening for intimate partner violence? *Womens Health Issues*.2008;18:423-32.
31. Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *The Journal of Family Practice*.2000;49:896-903.
32. Feltner C, Wallace I, Berkman N, Kistler CE et al. Screening for Intimate Partner

Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*.2018;320:1688-1701.

33. Ginieys M. Place d'un dépistage systématique des violences conjugales pendant la grossesse. *Vocation Sage-Femme* [En ligne]. 2014. [cité 12 août 2023]; 13:35-8. Disponible : <https://www.em-consulte.com/article/880507/place-d-un-depistage-systematique-des-violences-co>.
34. Bolot A-L, Dumel F. Identification des violences conjugales en médecine générale : évaluation de deux interventions [Thèse]. [Besançon]; 2011. 60 p.
35. Linassier A. Application du questionnaire WAST en France dans le dépistage des violences conjugales en médecine ambulatoire [Thèse]. [Poitiers]; 2017. 106 p.
36. Guillou B. Dépistage des violences conjugales pendant la grossesse : Étude de faisabilité du questionnaire WAST-fr en consultation ambulatoire pendant la grossesse en Gironde. [Thèse]. [Bordeaux]; 2021. 60 p.
37. Cagnard D. Faisabilité d'un dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences adultes. Identification des limites et des attentes à la réalisation d'un dépistage systématique des violences conjugales au sein d'un service d'accueil des urgences adultes. [Thèse]. [Nice]; 2020. 32 p.
38. Ferrari M. Intérêt d'un dépistage systématique, fait aux urgences, des violences intra familiales contre les femmes. [Mémoire]. [Paris]; 2017. 65 p.
39. Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'EPS. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac [En ligne]. Saint-Denis : HAS; 2015 [cité 12 août 2023]. 103 p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf.

40. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Rapport d'élaboration. Saint-Denis : HAS; 2014, mise à jour 2021. 51 p.
41. Duroy D, Boutron I, Baron G, Ravaud P et al. Impact of a computer-assisted Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment on reducing alcohol consumption among patients with hazardous drinking disorder in hospital emergency departments. The randomized BREVALCO trial. *Drug Alcohol Depend.*2016;165:236-44.
42. Brown JB, Schmidt G, Lent B, Sas G, Lemelin J. Dépistage de la violence faite aux femmes. Épreuves de validation et de fiabilité d'un instrument de mesure français [Screening for violence against women. Validation and feasibility studies of a French screening tool]. *Canadian Family Physician.*2001;47:988-95.
43. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *Journal of the American Board of Family Practice.*2002;15:101-11.
44. Arnocky S., Vaillancourt T. Sex differences in response to victimization by an intimate partner: more stigmatization and less help-seeking among males. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma.*2014;3:705-24.
45. Chuang C, Liebschutz J. Screening for Intimate Partner Violence in the Primary Care Setting: A Critical Review. *Journal of Clinical Outcomes Management.*2002;9:565-71
46. McHugh M. C, Rakowski S, Siwderski C. Men's experiences of psychological abuse: Conceptualization and measurement issues. *Sex Roles.*2013;69:168-81.
47. Scott-Storey K, O'Donnell S, Ford-Gilboe M, Varcoe C et al. What About the Men? A Critical Review of Men's Experiences of Intimate Partner Violence. *Trauma Violence Abuse.*2023;24:858-72.
48. Ministère de l'intérieur. Rapport d'enquête « Cadre de Vie et Sécurité » 2019. Paris :

Ministère de l'intérieur; décembre 2019. 241 p.

49. Déclic Violence [En ligne]. L'emprise : mise en place et stratégie des auteurs | Déclic Violence ; [cité le 12 août 2023]. Disponible : <https://declicviolence.fr/p/lemprise-mise-en-place-et-strategie-des-auteurs>.
50. Karr JE, Leong SE, Logan TK. Head Injury due to Intimate Partner Violence: Injury Characteristics, Subacute Symptoms, and Receipt of Care. *Journal of Neurotrauma*.2023.
51. Palisse M, Lazimi G, Soares A, Beco AD, Chastaing J. Violences sexuelles faites aux femmes. Repérage par le médecin généraliste. Une enquête quantitative en région Île-de-France. *Médecine*.2015;11:187-89.
52. Coutanceau R. Chapitre 10. Le couple : violences psychologiques, une réalité parfois objectivable, parfois invisible. Dans : Coutanceau R. *Violences psychologiques. Comprendre pour agir*. Dunod; 2014. p. 105-16.
53. Organisation des Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Résolution 48/104 de l'Assemblée générale du 20 décembre 1993 [En ligne]. New York : ONU; 20 décembre 1993 [cité 12 août 2023]. Disponible: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>.
54. Code pénal de 1810 (Texte intégral - État lors de sa promulgation en 1810) : Livre III - Titre Second (Articles 295 à 463) [En ligne], 17 février 1810 [cité le 12 août 2023] (France). Disponible : <https://www.ledroitcriminel.fr/la-legislation-criminelle/anciens-textes/code-penal-1810/code-penal-1810-3.htm>.
55. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 5 septembre 1990, 90-83.786. Publié au bulletin - Légifrance [En ligne], 5 septembre 1990 [cité le 12 août 2023] (France). Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007064540/>.

56. McFarlane J, Christoffel K, Bateman L, Miller V, Bullock L. Assessing for abuse: self-report versus nurse interview. *Public Health Nursing Boston Mass.*1991;8:245-50.
57. Centre Hubertine Auclert [En ligne]. « Le Violentomètre » | Centre Hubertine Auclert ; [cité le 12 août 2023]. Disponible : <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/egalitheque/publication/le-violentometre>.
58. La Maison des femmes [En ligne]. La Maison des femmes ; [cité le 12 août 2023]. Disponible : <https://www.lamaisondesfemmes.fr>.
59. Gouvernement.fr [En ligne]. Violences faites aux femmes : « Pour un départ réel du foyer, il peut y avoir beaucoup de tentatives » | gouvernement.fr ; 7 mars 2023 [cité le 12 août 2023]. Disponible : <https://www.gouvernement.fr/actualite/violences-faites-aux-femmes-pour-un-depart-reel-du-foyer-il-peut-y-avoir-beaucoup-de-tentatives>.
60. Gouvernement.fr [En ligne]. J'ai besoin d'aide | Arrêtons les violences ; [cité le 12 août 2023]. Disponible : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide>.
61. Accueil Particuliers | Service-public.fr [En ligne]. Signaler des violences conjugales (Démarche en ligne) ; [cité le 12 août 2023]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R50511>.
62. Centre-hubertine-auclert.fr [En ligne]. Une carte pour orienter les femmes victimes de violences en Île-de-France ; [cité le 12 août 2023]. Disponible : <https://orientationviolences.hubertine.fr>.

Table des figures et des tableaux

<u>Figure 1</u> : Diagramme de flux des patients inclus	23
<u>Figure 2</u> : Distribution du niveau de confort des soignants vis-à-vis de la stratégie de détection des victimes de violences conjugales aux urgences avant (a.) et après (b.) la mise en place de l'auto-questionnaire WAST.....	30
<u>Figure 3</u> : Distribution du niveau de confort des soignants lorsqu'ils cherchent à détecter les victimes de violences conjugales avant (a.) et avec (b.) la proposition systématique de l'auto-questionnaire WAST.....	31
<u>Figure 4</u> : Distribution du niveau de satisfaction des soignants vis-à-vis de la prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences avant (a.) et après (b.) la mise en place de l'auto-questionnaire WAST.....	32
<u>Figure 5</u> : Distribution des scores du WAST chez les victimes.....	35
<u>Tableau 1</u> : Caractéristiques sociodémographiques des patients inclus selon leur score WAST.....	24
<u>Tableau 2</u> : Répartition des patients sur la période de recrutement selon les sites	26
<u>Tableau 3</u> : Taux de réponse au questionnaire selon le site d'inclusion	28
<u>Tableau 4</u> : Niveau de confort des patients vis à vis de la réponse au WAST	29
<u>Tableau 5</u> : Caractéristiques des soignants ayant répondu aux questionnaires	33
<u>Tableau 6</u> : Distribution des réponses aux items du WAST chez les répondeurs	37

Annexes

Annexe 1 : Auto-questionnaire WAST

Si vous êtes actuellement en couple ou si vous l'avez été dans les 12 derniers mois, nous vous invitons à répondre à ces 8 prochaines questions. Elles portent sur la période des 12 derniers mois.

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

- Très tendue Assez tendue Sans tension

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

- Très difficilement Assez difficilement Sans difficulté

3. Les disputes avec votre conjoint.e font-elles que vous vous sentez rabaissé.e ou que vous vous sentez dévalorisé.e ?

- Souvent Parfois Jamais

4. Les disputes avec votre conjoint.e se terminent-elles par le fait d'être frappé.e, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussé.e (bousculé.e) ?

- Souvent Parfois Jamais

5. Vous êtes-vous déjà senti.e effrayé.e par ce que votre conjoint.e dit ou fait ?

- Souvent Parfois Jamais

6. Votre conjoint.e vous a-t-il/elle déjà maltraité.e physiquement ?

- Souvent Parfois Jamais

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

- Souvent Parfois Jamais

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

- Souvent Parfois Jamais

Annexe 2 : Questionnaire sociodémographique

Vous vous êtes inscrit.e aux urgences aujourd'hui :

- Entre 8h00 et 18h00 Entre 18h00 et 00h00 Entre 00h00 et 8h00

Avez-vous déjà consulté dans un service d'urgence dans les 30 derniers jours quelle qu'en soit la raison ?

- Oui Non

La raison de votre consultation d'aujourd'hui est-elle d'ordre :

- Médical (gêne respiratoire, une douleur abdominale ou dorsale, fièvre...)
 Traumatologique (chute, entorse, plaie...)
 Social

Êtes-vous enceinte ?

- Oui Non Ne sait pas Ne s'applique pas

Quelle est votre catégorie d'âge ?

- 18-30 ans 50-60 ans > 80 ans
 30-40 ans 60-70 ans
 40-50 ans 70-80 ans

Quelle est votre sexe ?

- Femme Homme Non binaire

Quelle est votre profession actuelle ou la plus récente que vous avez exercée ?

.....

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- En emploi à temps plein
 En emploi à temps partiel
 En recherche d'emploi
 Autre

Quelle est votre situation personnelle actuelle (plusieurs réponses possibles) ?

- En couple
 Célibataire
 Veuve/Veuf
 Vivant en cohabitation ou en collocation
 Vivant avec enfant.s à charge
 Vivant avec adulte.s à charge
 Autre

Avez-vous déclaré un médecin traitant ?

- Oui Non

Annexe 3 : Questionnaire d'acceptabilité à destination des patient.e.s

Enfin, sur une échelle de 0 à 5, comment évalueriez-vous votre niveau de confort vis à vis des 8 dernières questions qui portent sur la question des violences conjugales ?

- 0 – Très inconfortable
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 – Tout à fait confortable

Annexe 4 : Note d'information patient

Le docteur / Madame / Monsieur (nom, prénom), exerçant au sein de l'équipe soignante du service des urgences de l'hôpital vous propose de participer à une recherche intitulée « Violences conjugales : faisabilité et acceptabilité de l'auto détection par les patients et les soignants aux urgences ».

Il est important de lire attentivement cette note avant de prendre votre décision ; n'hésitez pas à lui demander des explications.

1) Quel est le but de cette recherche ?

Cette recherche porte sur l'analyse de données / échantillons recueillies dans le cadre de votre prise en charge habituelle. Il s'agit d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'auto-détection des situations de violences conjugales par les patients et les soignants aux urgences. Un auto-questionnaire est proposé à tous les patients des urgences quel que soit leur motif de consultation pendant la durée de l'étude. Cet auto-questionnaire comprend des questions portant sur d'éventuelles situations de conflit ou de violence au sein du couple et sur votre ressenti et votre confort vis-à-vis du remplissage de ce questionnaire.

Il est complètement anonyme. Vous pourrez remettre votre questionnaire dans une boîte prévue à cet effet.

Pour répondre à la question posée dans la recherche, il est prévu de recueillir des données de 810 personnes se présentant aux urgences quel que soit leur motif de consultation. Cette étude est multicentrique et se déroule donc dans plusieurs hôpitaux simultanément.

En quoi consiste la recherche ?

Dans la recherche proposée, nous allons évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'un auto-questionnaire sur le thème des violences conjugales auprès des patients et des soignants des services d'urgence.

2) Quel est le calendrier de la recherche ?

La durée prévisionnelle de la recherche est de 6 semaines par patient. Les données vous concernant seront recueillies de façon anonyme lors de votre consultation aux urgences uniquement et portent exclusivement sur le questionnaire qui vous sera remis. Aucune information ou donnée complémentaire ne sera recueillie.

3) Quels sont les bénéfices liés à votre participation ?

En participant à cette recherche, vous contribuerez à une meilleure connaissance des situations de violences conjugales et aux modalités de détection de ces situations qui pourraient être déployées dans les services d'urgence.

4) Si vous participez, comment vont être traitées les données recueillies pour la recherche ?

Dans le cadre de la recherche à laquelle l'AP-HP vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'en analyser les résultats.

A cette fin, les données médicales vous concernant, ainsi que les données relatives à vos habitudes de vie, seront transmises au Promoteur ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France et conservées en base active pendant 2 ans puis archivées pendant 15 ans. Ces données seront identifiées par un numéro d'enregistrement. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Les données médicales vous concernant pouvant documenter un dossier auprès des autorités compétentes, pourront être transmises à un industriel afin qu'un plus grand nombre de patients puissent bénéficier des résultats de la recherche. Cette transmission sera faite dans les conditions assurant leur confidentialité.

Vos données pourront être utilisées pour des recherches ultérieures ou des analyses complémentaires à la présente recherche en collaboration avec des partenaires privés ou publics, en France ou à l'étranger, dans des conditions assurant leur confidentialité et le même niveau de protection que la législation européenne.

Vous pouvez vous opposer à tout moment à l'utilisation ultérieure de vos données auprès de la personne qui vous a proposé de participer à cette recherche (identifié en première page du présent document).

Le fichier informatique utilisé pour cette recherche est mis en œuvre conformément à la réglementation française (loi Informatique et Libertés modifiée) et européenne (au Règlement Général sur la Protection des Données -RGPD), Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement des données couvertes par le secret professionnel utilisées dans le cadre de cette recherche. Ces droits s'exercent auprès du médecin en charge de la recherche qui seul connaît votre identité (identifié en première page du présent document).

Si vous décidez d'arrêter de participer à la recherche, les données recueillies précédemment à cet arrêt seront utilisées conformément à la réglementation, et exclusivement pour les objectifs de cette recherche. En effet, leur effacement serait susceptible de compromettre la validité des résultats de la recherche. Dans ce cas, vos données ne seront absolument pas utilisées ultérieurement ou pour une autre recherche.

En cas de difficultés dans l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir le Délégué à la Protection des données de l'AP-HP à l'adresse suivante : protection.donnees.dsi@aphp.fr, qui pourra notamment vous expliquer les voies de recours dont vous disposez auprès de la CNIL.

5) Comment cette recherche est-elle encadrée ?

L'AP-HP a pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément aux dispositions du Code de la santé Publique applicables aux recherches n'impliquant pas la personne humaine.

La recherche a obtenu l'avis favorable du comité d'éthique CLEA (projet CLEA-2022-283) le 28/10/2022.

6) Quels sont vos droits ?

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire.

Votre décision n'entraînera aucun préjudice sur la qualité des soins et des traitements que vous êtes en droit d'attendre. Si vous ne souhaitez pas participer à la recherche, il vous suffit de le dire à votre médecin.

Vous pourrez, tout au long de la recherche et à l'issue demander des informations concernant votre santé ainsi que des explications sur le déroulement de la recherche au médecin qui vous suit.

Vous pouvez vous retirer à tout moment de la recherche sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis et sans conséquence sur la relation avec votre médecin. A l'issue de ce retrait, vous pourrez être suivi par la même équipe médicale. Dans ce cas, les données collectées jusqu'à votre retrait seront utilisées pour l'analyse des résultats de la recherche.

Annexe 5 : Questionnaire d'acceptabilité à destination des soignant.e.s

Quel est votre sexe ?

Femme	Homme	Non binaire	Ne se prononce pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle est votre catégorie d'âge ?

20-30 ans	30-40 ans	40-50 ans	> 50 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle est votre profession ?

Aide-soignant(e)	Infirmier(e)	Interne	Médecin senior	Autre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...

Quelle est votre ancienneté au sein de la profession ? (Ex : 6 mois, 3 ans...)

.....

Dans quel service d'urgences travaillez-vous ?

Bichat	HEGP	Avicenne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle est votre ancienneté au soin de votre service d'urgences ? (Ex : 6 mois, 3 ans...)

.....

A. Niveau de confort et de satisfaction des soignant.e.s avant la mise en place de l'auto questionnaire :

1. Comment évalueriez-vous votre niveau de confort vis-à-vis de la stratégie de détection des victimes de violences conjugales aux urgences telle qu'elle est pratiquée dans le service actuellement ?

Très inconfortable	Inconfortable	Indifférent	Confortable	Tout à fait confortable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Comment évalueriez-vous votre niveau de confort lorsque, dans le cadre de votre exercice professionnel, vous cherchez à détecter les victimes de violences conjugales ?

Très inconfortable	Inconfortable	Indifférent	Confortable	Tout à fait confortable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Comment évalueriez-vous votre niveau de satisfaction vis-à-vis de la prise en charge globale des patient.e.s victimes de violences conjugales aux urgences ?

Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Indifférent	Satisfait(e)	Tout à fait satisfait(e)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Niveau de confort et de satisfaction des soignant.e.s après la mise en place de l'auto questionnaire :

1. Comment évalueriez-vous votre niveau de confort vis-à-vis de la stratégie de détection des victimes de violences conjugales aux urgences telle qu'elle est pratiquée dans le service actuellement ?

Très inconfortable	Inconfortable	Indifférent	Confortable	Tout à fait confortable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Comment évalueriez-vous votre niveau de confort lorsque vous proposez de façon systématique aux patient.e.s consultant aux urgences l'auto-questionnaire WAST portant sur les violences conjugales ?

Très inconfortable	Inconfortable	Indifférent	Confortable	Tout à fait confortable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Comment évalueriez-vous votre niveau de satisfaction vis-à-vis de la prise en charge globale des patient.e.s victimes de violences conjugales aux urgences ?

Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Indifférent	Satisfait(e)	Tout à fait satisfait(e)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Violences conjugales : faisabilité et acceptabilité de l'auto-détection par les patients et les soignants aux urgences

Résumé :

La prévalence des victimes de violences conjugales dans la population française est difficile à estimer et varie de 1% à 26% selon les modalités de détection utilisées. Une partie de ces victimes consulte dans les services d'urgences et malgré les recommandations insistant sur la nécessaire détection systématique des violences, il est probable qu'un certain nombre d'entre elles ne soient pas identifiées par les équipes soignantes. Notre objectif était d'évaluer aux urgences l'acceptabilité par les patients de la détection systématique des violences conjugales par le recours à un auto-questionnaire.

Nous avons conduit une étude observationnelle prospective multicentrique dans trois services d'urgences hospitalo-universitaires parisiens sur une période de trois jours consécutifs. Un auto-questionnaire portant sur la question des violences conjugales était distribué à tous les patients inclus aux urgences. Le critère de jugement principal était l'acceptabilité du questionnaire par les patients, définie par la proportion de réponses à l'auto-questionnaire parmi le nombre total de questionnaires rendus. Les critères de jugement secondaires étaient le niveau de confort des patients et des soignants vis-à-vis de la distribution systématique de l'auto-questionnaire, la prévalence des situations de violences conjugales parmi les patients ayant répondu au questionnaire, ainsi que la faisabilité de ce mode de détection systématique aux urgences. Cette dernière était définie par la proportion de questionnaires distribués durant la période d'inclusion.

Parmi les 1506 patients ayant consulté aux urgences durant la période d'inclusion, 165 (11%) ont répondu au questionnaire parmi lesquels 11% d'entre eux ont été identifiés comme étant victimes de violences conjugales. Le taux d'acceptabilité du questionnaire par les patients était de 74% et 93% des questionnaires rendus étaient complets. Le taux de remise des questionnaires était faible et les soignants semblaient peu confortables avec la thématique des violences conjugales.

Ainsi, la distribution systématique d'un questionnaire par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation aux urgences apparaît difficilement faisable en pratique. Il apparaît nécessaire de former davantage les soignants à la détection systématique des violences conjugales via d'autres modes de détection et notamment par un questionnement simple à l'oral lors de l'interrogatoire par le médecin.

Spécialité :

Médecine d'Urgence

Mots clés français :

fMESH : Service hospitalier d'urgences, Violence envers le partenaire intime, Dépistage de masse, Études de faisabilité, Acceptation des soins par les patients

Mots-clés libres : détection systématique, questionnaire WAST

Forme ou Genre :

fMESH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

**Université Paris Cité
UFR de médecine
15 Rue de l'École de Médecine
75006 Paris**