



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales
chez les femmes consultant aux urgences
du Centre Hospitalier de Lens**

Présentée et soutenue publiquement le 7 juin 2018 à 18h
au Pôle Recherche
Par Lindsay Detavernier

JURY

Président :
Monsieur le Professeur WIEL

Asseseurs :
Monsieur le Professeur HEDOUIN
Monsieur le Professeur VAIVA
Madame le Docteur TILLY

Directeur de Thèse :
Madame le Docteur MASSE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

I. RESUME	4
II. INTRODUCTION	5
III. MATERIELS ET METHODES.....	9
1. Contexte.....	9
A. Critères d'inclusion.....	9
B. Critères d'exclusion.....	9
2. Déroulement de l'étude.....	10
A. Construction du questionnaire.....	10
B. Distribution du questionnaire.....	11
C. Récupération du questionnaire.....	11
3. Analyse statistique.....	12
4. Aspect éthique.....	13
IV. RESULTATS.....	14
1. Population.....	14
2. Objectif principal.....	15
A. -Estimer la prévalence des violences conjugales	15
B. Estimer la prise en charge aux urgences des femmes victimes de violences conjugales.....	17
a) Types de médecins consultés.....	17
b) Type de soins reçus aux urgences	18
c) Suivi après la consultation aux urgences	19
d) Recours aux forces de l'ordre.....	19
3. Objectif secondaire: le dépistage systématique aux urgences.....	20
V. DISCUSSION.....	21
1. Population étudiée, limites et points forts méthodologiques.....	21
A. Population.....	21
B. Biais lié au type de questionnaire.....	22
C. Biais de sélection.....	22
D. Biais de classement.....	23
E. Validité externe.....	24
2. Prévalence des violences conjugales aux urgences.....	24
3. Caractéristiques épidémiologiques des femmes victimes de violences conjugales (tableau 6).....	25
4. Estimer la prise en charge aux urgences des femmes victimes de violences conjugales.....	26
A. Médecins consultés.....	26
B. Types de soins reçus (tableau 10).....	28
C. Suivi après la consultation (tableau 11)	30
D. Recours aux forces de l'ordre.....	31
5. Le dépistage systématique.....	31
6. Améliorer nos pratiques, la formation des urgentistes.....	34
VI. CONCLUSION.....	38
VII. REFERENCES	42
VIII. ANNEXES.....	48
1. Annexe 1 : Questionnaire réalisé pour cette étude.....	48
2. Annexe 2 : dépistage systématique des violences conjugales lors d'une consultation aux urgences - critères épidémiologiques.....	50
3. Annexe 3 : Type de soins reçus lors de la consultation aux urgences pour violences conjugales selon ancienneté des violences.....	51
4. Annexe 4 : Type de soins reçus lors de la consultation aux urgences pour violences conjugales selon type de violence.....	52

I. RESUME

Evaluation of frequency and care of partner abuse in women admitted in the emergency department of Lens hospital.

Context : Each year in France, 225,000 women aged 18 to 75 are victims of partner abuse, representing more than 1% of women in this age range. Emergency personnel often are the first response to these women's care. Reasons for consultation are diverse and women rarely admit being victims of partner abuse. Thus it can be difficult to set up proper care and physicians are not fully trained in the matter. The main objective of this study is to estimate the frequency and evaluate the care of women victims of partner abuse admitted in the emergency department (ED) of Lens hospital. The secondary objective is to assess whether women admitted in ED would support a universal screening of partner abuse during their consultation.

Methods : This study is a monocentric descriptive epidemiologic study, conducted from January 8th 2018 to February 4th 2018. An anonymous questionnaire was given to all adult women admitted in the ED of Lens hospital 24h/24, regardless of their reason for consultation. Exclusion criteria were underaged women, women unable to understand the questionnaire or to read French, and women in life-threatening emergencies.

Results : 270 patients were included in our study. 30 patients (11,1%) were admitted in ED for reasons related to partner abuse. 90% of them were victims of verbal abuse, 93% of physical abuse and 26,6% of sexual abuse. 83 patients (30,7%) of all women admitted in ED had been victims of partner abuse during their life. 48 of them (57,8%) had already been admitted in ED for this reason, included 32,7% who had sought help only in an ED. Patient care in ED consisted of providing a medical certificate (48%), a consultation with a psychologist (22,9%), a meeting with a social worker (10,6%). Among the 83 women which had been victims of partner abuse during their life, 66,6% were in favour of a universal screening in the ED.

Conclusion : This study conforsts the idea that EDs is one of the main first resorts for women victims of partner abuse. Progress could be made concerning patient care in EDs for these women. Then, the question arises as to whether emergency personnel is ready for a universal screening and for improving their practices.

II. INTRODUCTION

Selon le rapport mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2013, un tiers de femmes ayant eu une relation de couple a subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de son partenaire intime. (1)

Chaque année en France, 225000 femmes âgées de 18 à 75 ans, en ménage ordinaire (chiffre ne prenant pas en compte les personnes vivant en collectivité ou sans domicile fixe), en métropole, soit plus de 1% des femmes de cet tranche d'âge sont victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles. Il n'y a pas de chiffre officiel pour les autres types de violences. (2) (3)

Une femme a été tuée tous les trois jours par son partenaire ou ex-partenaire en 2016. (2) (3)

On évalue en France le coût économique annuel de ces violences à 2,5 milliards d'euros. Ces violences engendrent de nombreuses conséquences sanitaires, psychologiques, économiques et sociales.(2) (3)

Les violences conjugales sont celles qui s'exercent à l'encontre d'un conjoint ou d'un concubin, que le couple soit marié, lié par un PACS, en simple concubinage ou même séparé.

Il peut s'agir de violences verbales (mots blessants, insultes, menaces, cris), physiques (coups, blessures), sexuelles (agression, viol), économiques, psychologiques (chantages, menaces, dévalorisation, contrôle).

Cependant, c'est artificiel de les différencier car le plus souvent ces types de violences s'entrecroisent. (4) (5) (6)

La révélation des violences constitue une première étape aussi cruciale que difficile pour les femmes qui en sont victimes. Il faut lever ces freins et faciliter la révélation de ces violences, pour une orientation rapide et adaptée vers un accompagnement spécialisé.

Les difficultés de dépistage des violences conjugales sont grandes, avec un sous-diagnostic. Les violences conjugales s'inscrivent dans une problématique amoureuse, familiale, et se produisent de façon répétée sur de longue période modifiant les schémas de pensée de ces femmes. Elle évolue à travers un cycle qui comporte des périodes de rémission puis s'installe de façon graduelle, souvent très subtile dans une escalade qui peut se rendre jusqu'au meurtre. Il n'y a pas de profil type de victime. Il n'existe pas de signe pathognomonique pour dépister les violences conjugales. Les patientes consultent pour des symptômes divers (insomnie, troubles du transit, syndrome anxio-dépressif,..) de manière répétée dans le temps. (7)

Les violences conjugales passent le plus souvent inaperçues lors d'une consultation médicale, si la question n'est pas posée. Une étude à Montréal, aux Centres Locaux de Services Communautaires CLSC, a analysé 177 dossiers de femmes agressées par leur conjoint et dirigées vers le CLSC par les Forces de l'Ordre qui avaient dû intervenir au domicile. Un tiers de ces femmes (58 patientes) avaient déjà consulté le CLSC et seulement 12 étaient connues victimes de violences conjugales. (8)

Comme le confirme le Docteur Roland Coutanceau, Psychiatre, un dépistage précoce permet d'arrêter le processus au moment où il commence. Nombre de femmes victimes ont ainsi assuré que si quelqu'un (professionnel, ami, membre de la famille) avait deviné leur situation plus tôt, elles en auraient parlé. (9) En Seine-Saint-Denis, où un observatoire Départemental des violences envers les femmes a été créé en 2002, montre que la prévention et le dépistage permettent l'amélioration de leur prise en charge. Une femme met dans ce département, en moyenne cinq ans à briser cette situation contre 19 ans il y a quelques années. (10) (11). Pour la Fédération Nationale Solidarité Femme, tout médecin doit poser la question des violences «systématiquement et directement». Si la femme n'est pas victime de violences conjugales, elle ne sera pas offusquée. Si au contraire, elle est victime, cette intervention lui permettra d'en parler et de sortir du silence. (4)

Deux études françaises montraient que des outils rendent le dépistage systématique réalisable

et efficace en médecine générale. (12) (13) Peu d'études en France, aux urgences, ont été retrouvées pour confirmer ce fait. (14) (16)

Les professionnels au contact des femmes victimes de violences ont un rôle crucial à jouer en terme de repérage et d'orientation. On sait que les femmes viennent chercher secours auprès des soignants mais souvent de façon indirecte, incomprise et finalement non (ou mal) prise en charge.(15)

Déjà en 2011, le rapport Henrion décrivait que les premiers interlocuteurs pour ces femmes sont les médecins: urgentistes, généralistes et gynécologues. (17).

On sait que le taux d'hospitalisation chez les femmes subissant ou ayant subi des violences conjugales est plus important comparé aux femmes non victimes. Sans solution, il existe alors une errance médicale qui entretient leur consommation de soins.C'est pourquoi un repérage systématique de la part des professionnels de santé est essentiel. (19)

Souvent, les femmes consultent les urgences sur un «mode compulsif». C'est un lieu privilégié de prise en charge car elles sont face à un médecin qui ne les connaît pas et le «sentiment de honte» peut être moindre. Les urgentistes font partie des premiers interlocuteurs (17).

Or, peu d'études ont été réalisées en France, aux urgences, pour estimer la prise en charge et la prévalence de femmes victimes de violences conjugales, se présentant pour des soins.

De plus, il n'existe aucune recommandation en médecine d'urgence pour la prise en charge des femmes victimes de violences, ainsi que peu voire pas de formation pendant l'internat des médecins urgentistes et généralistes.

Plusieurs études, dans des cabinets de médecins généralistes ont montrées qu'un dépistage systématique permettrait de mieux dépister ces violences. Même si la femme dit non, elle sait que le médecin est prêt à entendre sa réponse quand elle sera prête. Souvent, on ne pose pas la question car on ne sait pas quoi faire, quoi dire si elle dit oui. Les violences conjugales restent un sujet tabou. La formation du professionnel semble permettre de dédramatiser cette situation. (13) (18)

La formation initiale et continue des soignants aux urgences constitue un enjeu pour favoriser leur implication. C'est pourquoi, des postes «référents femmes de victimes de violences» ont été créés. Au 15 novembre 2016, 575 référents «femmes victimes de violences» ont été identifiés issus de 483 établissements de soins de 91 départements. (20) (21) Mais cela semble peu, au vu des chiffres de femmes victimes.

Un dépistage systématique aux urgences pourrait permettre de mieux cibler nos soins et adapter le parcours de soins de ces patientes. Nous pourrions ainsi améliorer nos pratiques aux urgences, en harmonisant leur prise en charge.

L'objectif principal de cette étude était d'estimer la prévalence et évaluer la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux Urgences du Centre Hospitalier de Lens. L'objectif secondaire était d'évaluer si les femmes consultant aux urgences sont favorables à un dépistage systématique des violences conjugales.

III. MATERIELS ET METHODES

1. Contexte

Nous avons mené une étude épidémiologique monocentrique aux Urgences du Centre Hospitalier de Lens de type prospective et descriptive. L'étude a duré pendant un mois, du 08 janvier 2018 au 04 février 2018 inclus. Elle était basée à partir d'un questionnaire distribué 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

A. Critères d'inclusion

Nous avons inclus l'ensemble des femmes, de plus de 18 ans, consultant aux urgences générales du Centre Hospitalier de Lens, quel que soit leur motif de consultation. La patiente incluse ne devait pas être en présence d'un accompagnant.

B. Critères d'exclusion

- patientes mineures.
- patientes ne pouvant pas donner leur consentement et comprendre le questionnaire (handicap mental, démence, et/ou syndrome confusionnel.)
- patientes ne parlant pas français ou ne sachant pas lire (anonymat non préservé)
- patientes consultant aux urgences gynécologiques (service dépendant des médecins gynécologues).
- Patientes consultant pour un motif ophtalmologique en heures ouvrables (car ne passant pas par les urgences générales)
- Patientes présentant une urgence vitale.

Elles pouvaient être incluses dans un second temps dans l'étude si leur état se stabilisait.

2. Déroulement de l'étude

A. Construction du questionnaire

Nous avons décidé de créer un questionnaire original qui répond à différents impératifs:

- questionnaire anonyme
- questionnaire court
- intégrant des questions sur les différents types de violences
- intégrant des questions sur la prise en charge aux urgences des patientes ayant consulté pour des violences conjugales
- réponses sur le mode affirmatif ou négatif, à partir de données rétrospectives de leur vécu.

Le questionnaire distribué a été conçu à l'aide de différents questionnaires validés dans la littérature, utilisés en Médecine générale en France et à l'étranger. (AAS (Abuse Assesment Screen), HITS (Hurt, Insult, Threaten, Scream), WAST (Woman Abuse Screening Tool) , RICPPS).

Ce questionnaire a été relu et corrigé par le Docteur Juliette Masse, urgentiste et le Docteur Erwan Le Garff, médecin légiste.

Il a ensuite été corrigé par le Professeur Alain Duhamel, médecin statisticien au CHRU de Lille pour vérifier la pertinence des questions par rapport à la recherche et confirmer l'interprétation statistique possible des réponses.

Une relecture des questions par 20 personnes de la population générale a été réalisée pour vérifier la compréhension de celles-ci.

Nous avons ensuite distribué nous-même le questionnaire lors d'une phase test pendant 4 jours pour s'assurer de la compréhension du questionnaire par la population ciblée et de la faisabilité de l'étude.

Les questionnaires complétés à ce moment, n'ont pas été inclus dans les résultats de l'étude; les patientes n'étant pas dans les conditions d'anonymat souhaitées.

B. Distribution du questionnaire

Le questionnaire était distribué à l'accueil de la patiente, soit par les secrétaires (s'il n'y avait pas de nécessité de prise de constantes) ou par les IAO (Infirmiers d'Accueil et d'Orientation) lors de la prise des constantes, sans tierce personne. Ce système permettait d'informer la patiente du cadre de l'enquête et garantissait sa sécurité (la patiente étant seule une fois entrée dans les urgences). La patiente complétait le questionnaire en attendant sa prise en charge, de façon strictement anonyme. Ce choix de distribution anonyme, nous semblait plus adéquat pour que la patiente réponde avec franchise aux questions posées et se sente en confiance, avec une plus grande confidentialité.

La durée estimée de réponse au questionnaire était de 5 minutes environ.

L'ensemble de l'équipe paramédicale et médicale a été informée des modalités de réalisation de cette étude. Lors de la phase test de distribution, un grand nombre du personnel a pu être rencontré pour discuter du déroulement de l'étude, de leur rôle dans celle-ci et ainsi répondre aux questions de chacun. Les internes prenant des gardes aux urgences ont été contactés par mail pour leur expliquer les modalités de l'étude. Un «patrouillage» régulier aux urgences a été réalisé pour rencontrer le maximum de personnel, faire des rappels et répondre de façon adéquate aux questions de chacun.

Un affichage de logos et de posters rappelant les modalités de l'étude a été mis en place dans la salle d'accueil de l'IAO, dans les salles de soins, bureaux médicaux, infirmiers et au secrétariat d'accueil.

C. Récupération du questionnaire

Les questionnaires étaient récupérés par les médecins ou internes au moment de l'interrogatoire de la patiente ou par l'équipe paramédicale (infirmiers ou aide-soignants) au moment des soins. Ils étaient pliés et directement mis dans une boîte scellée pour maintenir une confidentialité totale.

Ainsi si la patiente ne voulait pas être incluse dans l'étude, elle était libre de ne pas remplir le

questionnaire.

Si la patiente avait besoin d'informations ou d'aide pour une situation de violences conjugales, l'équipe médicale était disponible pendant sa consultation pour lui donner des informations et/ou des soins adaptés.

L'ensemble des internes au début de leur semestre ont bénéficié d'une formation sur le thème des violences conjugales par le Docteur Juliette Masse, médecin urgentiste et référente des femmes victimes de violences au Centre Hospitalier de Lens.

De plus, au bas du questionnaire étaient inscrites les coordonnées du Docteur Masse afin de proposer aux femmes victimes de violences de prendre un rendez-vous à distance pour en discuter et avoir des soins.

3. Analyse statistique

Le recueil de données s'est effectué dans les semaines qui ont suivi l'enquête.

L'ensemble des données était codé sur un tableur Open Office Calc.

Les paramètres qualitatifs ont été décrits en termes de fréquence et de pourcentage. Les paramètres numériques gaussiens ont été décrits en termes de moyenne et de déviation standard et les paramètres numériques non gaussiens en termes de médiane et d'intervalle interquartiles.

La normalité des paramètres numériques a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Les comparaisons ont été réalisées à l'aide d'un test du Chi-deux ou de Fisher exact (lorsque les conditions de validité du test du Chi-deux ne sont pas vérifiées).

Les statistiques ont été réalisées par l'unité de méthodologie biostatistique du CHRU de Lille.

Des tests bilatéraux ont été réalisés avec un niveau de significativité de 5%.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

4. Aspect éthique

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Nous avons obtenu avant de débiter l'étude, l'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) ainsi que celui du Comité d' Ethique du centre hospitalier de Lens, dirigé par le Docteur Delepine.

IV. RESULTATS

1. Population

270 patientes ont été incluses dans l'étude durant un mois.

Tableau 1: Age des patientes incluses dans l'étude (en années)

Minimum	Premier quartile	Moyenne	Troisième quartile	Maximum
18	26	38	54,5	91

Tableau 2: Nombre d'enfant par femme incluses dans l'étude

Minimum	Premier quartile	Moyenne	Troisième quartile	Maximum
0	0	2	3	9

10 patientes n'ont pas donné leur âge ni leur nombre d'enfant.

Tableau 3: Statut conjugal des femmes incluses dans l'étude

Statut conjugal	Fréquence	Pourcentage
Mariée	87	33,2
Pacsée	16	6,11
En concubinage	62	23,7
Divorcée	14	5,3
Séparée	24	9,2
Veuve	15	5,7
Célibataire	44	16,8
Pas de réponse à cette question	8	

162 femmes ne vivaient pas seules au moment de l'étude contre 96 qui vivaient seules lors de leur inclusion. 12 patientes n'ont pas répondu à cette question.

142 femmes avaient une activité professionnelle au moment de l'étude contre 119 qui n'avaient pas d'activité professionnelle à leur inclusion. 9 femmes n'ont pas répondu à cette question.

2. Objectif principal

A. -Estimer la prévalence des violences conjugales

Parmi les 270 patientes incluses, 30 patientes consultaient aux urgences le jour de leur inclusion dans l'étude suite à des violences conjugales, soit 11,1% de la population de l'étude. Parmi ces 30 patientes victimes de violences conjugales, il s'agissait dans 90% des cas de violences verbales, dans 93,3 % de violences physiques et dans 26,6% de violences sexuelles.

83 patientes incluses dans l'étude, ont déjà été victimes de violences conjugales au cours de leur vie soit 30,7% de la population de l'étude.

Tableau 4: Ancienneté des violences conjugales subies par les victimes (choix multiples)

	Ce mois-ci	Cette année	Au cours des 5 dernières années	Il y a plus longtemps
Fréquence	44	35	36	38
Pourcentage	55	43,7	45	47,5

Tableau 5: Type de violences subies

	Verbales	Physiques	Sexuelles
Fréquence	74	68	28
Pourcentage	88,1	81,9	34,5

Tableau 6 : Données épidémiologiques des patientes victimes de violences conjugales au cours de leur vie

variable	modalités	fréquence	pourcentage
Vit seule	non	50	61,7
	oui	31	38,3
	Données manquantes	3	
Statut conjugal	mariée	20	24,7
	pacsée	5	6,2
	En concubinage	23	28,4
	Divorcée	7	8,6
	Séparée	14	17,3
	Veuve	0	0
	Célibataire	12	14,8
	Données manquantes	3	
Activité professionnelle	non	29	36,3
	oui	51	63,8
	Données manquantes	4	
âge	Moyenne +/- écart type	38,3 +/-12,8	
	Médiane (Q1;Q3)	38 (27;50)	
	Minimum-Maximum	18-65	
	Données manquantes	3	
Nombre d'enfants	Moyenne +/- écart type	2 +/-1,7	
	Médiane (Q1;Q3)	2 (1;3)	
	Minimum-Maximum	0-9	
	Données manquantes	3	

B. Estimer la prise en charge aux urgences des femmes victimes de violences conjugales

a) Types de médecins consultés

Parmi les 83 patientes ayant vécu des violences conjugales au cours de leur vie, 29 avaient déjà consulté leur médecin généraliste pour ce motif soit 35,3 %. 48 avaient déjà consulté aux urgences pour ce motif soit 57,8% des patientes.

Tableau 7: Médecins consultés suite à des violences conjugales

	Médecin généraliste et urgences	Uniquement médecin généraliste	Uniquement aux urgences	Pas de consultation de médecin
Fréquence	21	8	27	27
Pourcentage	25,3	9,6	32,5	32,5

Tableau 8: Médecins consultés suite à des violences conjugales selon ancienneté des violences conjugales

Ancienneté des violences (depuis..)	Consultation médecin généraliste			Consultation aux urgences		
	fréquence	pourcentage	p=x	fréquence	pourcentage	p=x
Ce mois-ci	19	43,2	0,11	28	63,6	0,18
Cette année	16	45,7	0,89	22	62,9	0,35
5 dernières années	15	41,7	0,29	21	58,3	0,82
Plus longtemps	11	29,7	0,32	22	59,5	0,67

Tableau 9: Médecins consultés suite à des violences conjugales selon type de violences subies

Type de violences	Consultation médecin généraliste			Consultation aux urgences		
	fréquence	pourcentage	p=x	fréquence	pourcentage	p=x
Verbales	27	36,5	0,71	43	55,6	1
Physiques	27	39,7	0,12	43	63,2	0,06
Sexuelles	7	25,9	0,22	16	57,1	0,91

b) Type de soins reçus aux urgences

Tableau 10: Type de soins reçus lors de la consultation aux urgences pour violences conjugales

	Examen biologique	Radiographie	Entretien psychologique	Certificat médical	Prescription médicamenteuse	Entretien avec assistante sociale
Fréquence	7	18	11	23	12	5
Pourcentage	14,5	37,5	22,9	48	25,5	10,6
Ne s'est pas prononcée	0	0	0	1	1	1

Une proposition d'hospitalisation a été faite à 3 patientes sur les 48 patientes ayant consulté pour violences conjugales aux urgences. Deux des trois patientes ont accepté cette hospitalisation.

13 patientes ont été informées des différentes possibilités de prise en charge par le médecin urgentiste soit 28,2% des femmes consultant pour violences conjugales aux urgences.

2 patientes n'ont pas répondu à cette question.

c) Suivi après la consultation aux urgences

16 patientes ont bénéficié d'un suivi après cette consultation aux urgences pour violences conjugales soit 35,5% des patientes. 3 patientes n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 11: Type de suivi après consultation aux urgences (choix multiples possibles)

Psychologue	Psychiatre	Médecin Généraliste	Assistante Sociale	Association
6	5	5	4	1

Parmi les 48 patientes ayant consulté aux urgences pour violences conjugales, 21 patientes ont déclaré se sentir aidées suite à leur consultation aux urgences pour violences conjugales soit 51,2% des patientes ayant répondu à cette question. 7 patientes n'ont pas répondu à cette question.

Parmi l'ensemble des femmes victimes de violences conjugales au cours de leur vie, aucune de ces femmes n'ont pris rendez-vous en suivi avec le Docteur Masse après leur consultation aux urgences.

d) Recours aux forces de l'ordre

12 patientes ont porté plainte suite à leur consultation aux urgences soit 30% des victimes.

8 patientes ne se sont pas prononcées sur cette question.

Parmi les 12 patientes ayant porté plainte pour violences conjugales, dans 5 cas cette plainte a aboutit à une condamnation. 2 patientes n'ont pas répondu à cette question.

50% des femmes ayant porté plainte ont déclaré se sentir aidées par les forces de l'ordre.

3. Objectif secondaire: le dépistage systématique aux urgences

Parmi les 270 femmes incluses dans l'étude, 143 femmes sont favorables à un dépistage systématique des violences conjugales lors d'une consultation aux urgences soit 55% de la population étudiée contre 116 femmes défavorables soit 44,7%.

11 femmes ne se sont pas prononcées par rapport à cette question.

Parmi les 30 femmes consultant aux urgences pour le motif «violences conjugales» le jour de l'inclusion dans l'étude, 17 étaient favorables (soit 62,9%) au dépistage systématique des violences conjugales lors d'une consultation aux urgences contre 10 femmes défavorables (soit 37,4%) ($p=0,39$).

Parmi les 83 femmes qui avaient été victimes de violences conjugales dans leur vie, 54 étaient favorables (soit 66,6%) au dépistage systématique des violences conjugales lors d'une consultation aux urgences contre 27 non favorables (soit 33,3%) ($p=0,012$).

Parmi les 48 femmes ayant déjà consulté les urgences pour violences conjugales, 29 femmes sont favorables (soit 61,7%) au dépistage systématique des violences conjugales lors d'une consultation aux urgences contre 18 non favorables (soit 38,3%) ($p=0,16$).

Parmi les 27 femmes ayant déjà vécu des violences conjugales dans leur vie mais n'ayant jamais consulté leur médecin généraliste ni les urgences pour ce motif, 21 femmes sont favorables (soit 80,8%) au dépistage systématique des violences conjugales lors d'une consultation aux urgences contre 5 non favorables (soit 19,2%) ($p=0,068$).

Parmi les 20 femmes qui ont déclaré ne pas se sentir aidées lors de leur consultation aux urgences pour violences conjugales, 11 patientes sont favorables (soit 55%) à un dépistage systématique des violences conjugales lors d'une consultation aux urgences contre 9 non favorables (soit 45%) ($p=0,75$).

V. DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude était d'estimer la prévalence et évaluer la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux Urgences du Centre Hospitalier de Lens. On retrouve dans la littérature, deux études qui évaluaient ce même objectif.

La première réalisée par Gazaire, en 2008, aux urgences de Poissy, sur 100 patientes interrogées de façon systématique 74% d'entre elles avaient vécu des violences conjugales antérieurement. (22) De même dans l'étude de Eygun, sur 282 femmes interrogées aux urgences de Pau pendant une semaine, 56% déclaraient avoir été victimes de violences conjugales au cours de leur vie. (14)

Nos principaux résultats démontraient que sur 270 patientes incluses, 30 patientes soit 11,1% consultaient aux urgences le jour de leur inclusion suite à des violences conjugales. Quarante-trois patientes soit 30,7% ont déjà été victimes de violences conjugales au cours de leur vie.

Ce chiffre important rejoint les statistiques d'autres pays industrialisés(Canada, Etats-Unis) qui retrouvent dans des enquêtes nationales qu'une femme sur cinq est victime de violences conjugales au moins une fois dans sa vie. (23)

Un chiffre de prévalence moins important que dans les études de Gazaire et Eygun peut s'expliquer par certains biais retrouvés dans notre étude.

1. Population étudiée, limites et points forts méthodologiques

A. Population

Cette étude a permis d'inclure 270 patientes durant un mois aux urgences de Lens. Nous n'avons pas le nombre total de patientes qui auraient pu être incluses dans cette étude c'est-à-dire le nombre de patientes n'ayant pas reçu le questionnaire ou ayant refusé de le remplir.

Nous ne savons pas non plus le nombre de patientes qui présentaient des critères d'exclusion.

Ce chiffre semble mineur au vu du nombre d'entrées aux urgences de Lens estimées à 130 par 24 heures en 2017.

Nous pouvons voir que la population de l'étude est homogène concernant l'âge et le nombre d'enfants (tableau 1 et 2).

On note que concernant le statut conjugal, il existe une majorité de femmes en couple, ne vivant pas seules. Par contre, on note une majorité de femmes ayant une activité professionnelle. (tableau 3).

B. Biais lié au type de questionnaire

Le questionnaire utilisé dans notre étude, n'a pas été évalué scientifiquement mais s'inspire de plusieurs questionnaires déjà utilisés dans la littérature. (24).

Il a été cependant soumis à l'unité de méthodologie biostatistique du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille du Professeur Alain Duhamel pour améliorer sa validité interne.

La formulation sous forme de questionnaire comportant principalement des questions fermées est contraignante pour la personne interrogée mais permet une meilleure analyse des réponses dans un souci d'homogénéité de celles-ci.

Nous n'avons pas intégré le dépistage de violences économiques car il nous paraissait difficile de la représenter de façon concise en une question.

La question des violences psychologiques n'a pas été abordée car on sait qu'une femme victime de violences conjugales subit des violences psychologiques. (7)

C. Biais de sélection

Il existe de nombreuses données manquantes, dont le chiffre n'est pas quantifiable. Il y a très certainement eu de nombreuses femmes qui n'ont pas reçu le questionnaire à leur arrivée. En effet, au moment de notre étude, le Centre Hospitalier de Lens était sous tension face à une situation de crise aux urgences au vu de l'affluence massive de patients en période hivernale;

une situation que vivait l'ensemble des services d'urgences en France.

De plus, par choix, au vu de la problématique d'urgentiste de cette étude, nous n'avons pas inclus les patientes consultant aux urgences gynécologiques. Nous pouvons supposer que cela sous-estime notre prévalence de femmes victimes de violences conjugales et notamment les violences sexuelles. (tableau 5)

Néanmoins il est également possible qu'un certain nombre de femmes non victimes n'aient pas rempli le questionnaire car elles ne se sentaient pas concernées par cette problématique, ce qui a pu surestimer la prévalence étudiée.

Cependant, l'une des forces de notre étude est que celle-ci a été réalisée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 permettant de se rapprocher d'une population homogène et semblable à celle qui consulte les urgences à toute heure.

De plus, les questionnaires inclus ont peu de données manquantes. L'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale a pu être informé du protocole de l'étude pour une homogénéité de la distribution. Le questionnaire était bien accepté par les patientes, ainsi que l'équipe des urgences comme nous avons pu le voir lors de la phase test de pré-distribution.

D. Biais de classement

Le biais majeur de notre étude est un biais de mémorisation. Il peut y avoir une sous-estimation des chiffres retrouvés au vu du mode de recueil rétrospectif sur quasiment l'ensemble du questionnaire.

Cependant, l'objectif principal concernant un antécédent, le mode de recueil rétrospectif était le plus adapté dans ce cadre. Une étude de cohorte aurait apporté des données plus représentatives mais sa réalisation aurait été trop complexe et longue dans le cadre d'une thèse.

De plus, il n'existe pas de codage diagnostique «violences conjugales» dans le dossier médical pour évaluer la prise en charge aux urgences de chaque patiente.

Un autre biais qui a pu sous estimer la prévalence est celui de prévarication. Les patientes ont pu répondre de façon erronée au vue du thème sensible de cette étude. Une patiente peut ne pas se reconnaître victime.

Cependant ce biais a pu être limité par l'anonymat; la patiente étant seule lors de ses réponses au questionnaire.

E. Validité externe

Cette étude reste une étude monocentrique, sur un mois uniquement avec une taille d'échantillon minime. Une période aussi brève et dans un seul centre ne permet pas d'avoir un recul suffisant pour la pratique du dépistage systématique aux urgences tout au long de l'année. La validité externe de cette étude est évidemment impactée par le choix de la population, celle des femmes consultant aux urgences de Lens, qui est difficilement comparable à toute autre population.

N'ayant pas retrouvé d'études préalables dans les Hauts de France aux urgences, sur ce thème, nous avons préféré faire une première photographie de ce problème.

Notre étude peut donc difficilement être comparée à celles réalisées aux urgences de Pau ou de Poissy car elles possèdent une population et une méthodologie différentes.

Il pourrait être intéressant de reprendre ce questionnaire avec la même méthodologie de distribution dans plus plusieurs centres pour comparer la prévalence dans plusieurs populations.

2. Prévalence des violences conjugales aux urgences

Nos résultats principaux montrent que 30,7 % des patientes qui consultaient aux urgences avaient déjà été victimes de violences conjugales dans leur vie. L'ancienneté des violences subies par les victimes est homogène avec toutefois 55% de femmes ayant vécu des violences dans le mois de l'étude. (tableau 4)

On sait que les femmes victimes de violences conjugales ont des schémas de pensées différents. Elles consultent souvent pour des motifs divers, de façon répétée sans avouer leur situation. (7) (10)

Dans l'étude de Eygun, sur les 158 patientes ayant vécu des violences conjugales seulement deux étaient venues aux urgences pour le motif: traumatisme suite à des violences conjugales. (14)

Au Centre Hospitalier et Universitaire de Poitiers, sur 105 femmes interrogées directement sur des antécédents de violences conjugales, 43 patientes étaient victimes dont 32 en avaient subi depuis moins d'un mois. Seulement cinq des 43 patientes consultaient pour des faits de violences. Sans le dépistage, ces 32 femmes n'auraient pas pu avoir une prise en charge adaptée. (16)

Un autre chiffre important de notre étude porte sur les 11,1% de femmes qui consultent aux urgences suite à des violences conjugales (en majorité des violences verbales et physiques). On retrouve ce chiffre en Italie, aux urgences de Lazio où 1,1% des consultations sur cinq ans étaient des consultations de femmes suite à des violences conjugales, prouvant encore le rôle majeur des urgentistes face à ce problème. (25)

3. Caractéristiques épidémiologiques des femmes victimes de violences conjugales (tableau 6)

Dans notre étude, la majorité des femmes ayant vécu des violences conjugales ne vivent pas seules et sont en couple. 63,8% d'entre elles avaient une activité professionnelle.

L'enquête nationale sur les violences conjugales en 2000, montrait que 9% des femmes en couple au moment de l'enquête ont connu une situation de violences conjugales au cours des douze derniers mois. Les catégories socio-économiques, revenus et niveaux d'étude n'étaient pas discriminants. (19)

Dans notre étude, la moyenne d'âge des femmes victimes de violences conjugales était de 38 ans, la même que l'ensemble de la population incluse.

On note que 17,3% des femmes victimes de violences conjugales étaient séparées, ce qui rejoint les données de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes ENVEFF qui montrait qu'il y avait sept à dix fois plus de violences chez les femmes ayant quitté leur conjoint au cours des douze derniers mois. (19)

Dans l'étude d'Eygun, toutes les catégories socio-professionnelles étaient concernées par les violences conjugales. (14)

Dans l'enquête qualitative de Barosso, il est démontré qu'il existe de nombreuses idées reçues et de préjugés concernant les femmes victimes de violences. Pour la majeure partie des médecins généralistes inclus dans son études, les femmes victimes de violences conjugales sont majoritairement de classe sociale défavorisée, d'un niveau économique faible, ne travaillant pas, dépendant de leur conjoint avec un niveau culturel peu élevé. (26)

Les enquêtes font apparaître que de nombreuses femmes victimes de violences conjugales ne possèdent pas de critères spécifiques démographiques. (2) (3) Il faut donc retenir que toute femme est potentiellement victime de violences conjugales lors de notre prise en charge aux urgences.

4. Estimer la prise en charge aux urgences des femmes victimes de violences conjugales

A. Médecins consultés

Comme l'indiquent les statistiques, ce sont les professionnels de santé qui sont les premiers interlocuteurs des femmes victimes de violences conjugales.

Elles viennent chercher secours auprès des soignants souvent de façon indirecte et incomprise,

et finalement mal prises en charge. Devant l'absence d'aide apportée par les équipes, elles se lancent dans une errance médicale qui entretient leur consommation de soins. (15) (17) (21) Comme le rapport Henrion le soulignait, on peut voir que les femmes victimes de violences conjugales ont recours majoritairement aux urgences. (17) Dans notre étude, 57,8% des patientes victimes de violences avaient déjà consulté aux urgences pour ce motif (dont 32,5% ayant uniquement eu recours aux urgences) (tableau 7).

Il est important de noter que 32,5% d'entre elles n'ont jamais consulté de médecin pour ce motif.

Au niveau national, 50% des femmes victimes de violences conjugales n'ont jamais fait de démarche. (3)

D'où l'enjeu du dépistage de celles-ci pour leur permettre de recevoir des soins adaptés, et les aider à sortir de cette situation.

Il n'y a cependant pas de différence significative entre la consultation de leur médecin généraliste plutôt que les urgences pour ce motif selon le type de violences subies et leur ancienneté. (tableau 8 et 9)

Le médecin généraliste reste un pilier également pour la prise en charge et le dépistage des violences conjugales. 35,3% des femmes victimes de violences conjugales dans leur vie avaient consulté leur médecin généraliste pour ce motif (dont 9,6% comme seul recours). Dans les études de Lazimi, le dépistage de femmes victimes de violences conjugales est marquant avec plus de la moitié des patientes interrogées victimes de violences dans leur vie. (12) (27)

Piau souligne que sur 55 patientes victimes de violences conjugales interrogées, 72% déclaraient souhaiter que leur médecin leur pose la question pour révéler ces violences (28).

B. Types de soins reçus (tableau 10)

La majeure partie des femmes, 48%, ayant consulté pour des violences conjugales aux urgences ont reçu un certificat médical dans notre étude.

Dans la littérature, on peut voir que la rédaction d'un certificat se fait dans trois quarts des cas car c'est une réponse connue des médecins, concrète et rapide. (23) De plus, c'est une des seules recommandations de la Haute Autorité de Santé (2011) en matière de prise en charge des violences chez les femmes. (29)

On note que 22,9% des femmes ayant consulté les urgences pour violences conjugales ont bénéficié d'un entretien psychologique et 25,5% ont eu une prescription médicamenteuse.

Avoir subi des violences augmentent très fortement le risque de faire une tentative de suicide.

Les femmes victimes de violences conjugales reçoivent quatre à cinq fois plus fréquemment des traitements antipsychotiques que les femmes de la population générale. Un tiers des femmes victimes ont consommé de façon régulière des psychotropes, antidépresseurs et hypnotiques. (2) (3) (19). Très fréquemment, les médecins «psychologisent» les violences conjugales ou en traitent seulement leurs aspects psychologiques. (23)

Au contraire, seulement 10,6% des patientes ont eu un entretien avec une assistante sociale.

Ce chiffre peut s'expliquer par le fait que de nombreuses consultations aux urgences se font en dehors des heures ouvrables. Il est possible également que les médecins ne proposent pas forcément aux patientes une consultation avec une assistante sociale. Il est à noter que dans les statistiques nationales, parmi les femmes victimes de violences conjugales, seules 19% d'entre elles ont recours aux services sociaux. (2) (3)

Tout comme une proposition d'hospitalisation n'a été faite qu'à trois patientes sur 48 ayant consulté pour violences conjugales aux urgences.

On peut voir que 28,2% des patientes ont été informées des différentes possibilités de prise en charge.

Comme le font remarquer de nombreux articles, un des problèmes majeurs de prise en charge est le manque de soins en réseau multidisciplinaire pour ces patientes. (15) (17)

Or les urgences peuvent constituer un des piliers dans le dépistage et la prise en charge des victimes. Pour exemple, le Centre Hospitalier de Saint-Malo centralise une prise en charge multidisciplinaire pour permettre une simplification du parcours des victimes.

Depuis mars 2015, il existe des dispositifs dès les urgences afin de mieux aider les victimes de ces violences associé à un dépistage accru.

Il y a été organisé une consultation médico-sociale dédiée aux personnes victimes de violences conjugales rapidement après le passage aux urgences. La consultation médico-sociale est gérée par cinq médecins urgentistes et trois assistantes sociales de façon hebdomadaire pour la mise en place d'un suivi adapté. Si des enfants sont exposés à ces violences, ils sont pris en charge conjointement par l'équipe de pédopsychiatrie. Une association d'aide pour le parcours juridique a ouvert une permanence bimensuelle au sein de l'établissement pour mieux entourer les victimes en cas de dépôt de plainte. De nombreuses associations locales offrent un soutien aux victimes par une prise en charge sociale et la possibilité d'hébergement. (30). Entre mars 2015 et janvier 2017, cette consultation «violence» a permis de donner 158 rendez-vous de consultations post-urgences dont deux tiers ont été honorés. (11). Un autre exemple de soins pluridisciplinaires se retrouve à l'Institut en Santé Génésique au Centre Hospitalier de Poissy. (31). Au Centre Hospitalier de Agen-Nerac dans le Lot-et-Garonne se sont les urgentistes qui ont créé également une consultation pour les femmes victimes de violences conjugales. Cette prise en charge mobilise 20 médecins. Un infirmier psychiatrique est présent 24 heures sur 24 et un travailleur social dans la journée. Environ dix cas de violences par mois sont repérés et pris en charge. (11)

Cela pourrait être un exemple de suivi à mettre en place dans nos services d'urgences dans les Hauts de France.

C. Suivi après la consultation (tableau 11)

Le dépistage n'est que l'étape initiale de l'aide apportée aux victimes par le médecin.

Il faut leur fournir une réponse concrète lorsque la patiente rompt son isolement et se confie aux médecins.

On voit que seulement 35,5% des patientes ont eu un suivi après leur consultation aux urgences pour violences conjugales. Parmi ces 16 patientes, une seule a eu un suivi par une association et quatre par une assistante sociale.

Dans une étude en médecine générale, 59,3% des femmes victimes de violences conjugales n'ont jamais contacté une association venant en aide aux femmes victimes de violences.

Seulement un quart des femmes victimes de violences dépistées chez le médecin généraliste étaient orientées vers cette structure. (23).

Peu de femmes bénéficient du soutien d'un professionnel non médical et elles sont rarement orientées vers d'autres structures susceptibles de les aider.

Dans l'enquête «Cadre de Vie et Sécurité», seule une femme sur dix victimes de violences conjugales a rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes. (2) (3)

En revanche, l'orientation vers un psychologue est fréquente comme on le voit dans notre étude où la majorité des femmes sont suivies après leur consultation aux urgences par un psychologue et/ou un psychiatre. Chez le médecin généraliste, on note la même orientation avec 51,7% des femmes victimes suivies par la suite par un psychologue. (23) . On sait qu'avoir subi des violences conjugales augmentent le risque de conséquences psychologiques. D'après l'ENVEFF, 4,3% des femmes ayant subi des violences sexuelles au cours des douze derniers mois et 3,4% de celles ayant connus des violences au sein du couple ont fait une tentative de suicide. Ce taux est de 0,2% chez les femmes n'ayant pas subi de violences. Le fait d'avoir subi des violences sexuelles multiplie par 26 le risque de faire une tentative de suicide. (2) (3) (19)

Comme le souligne Le Docteur Salmona, les violences conjugales et leurs conséquences sont peu dépistées. Ils existent des difficultés pour établir les certificats de coups et blessures, les

signalements. Le plus remarquable, ce sont les difficultés pour orienter les victimes. (7)

D. Recours aux forces de l'ordre

Dans la littérature, on retrouve que la police et la gendarmerie nationale sont les institutions que les femmes contactent le plus fréquemment d'elles-mêmes. (23)

Cependant, on estime que 14% des femmes victimes de violences conjugales ont déposé plainte et 8% une main courante. Seule une femme sur quatre victime de violences conjugales s'est rendue au commissariat de police ou à la gendarmerie. Une femme sur cinq s'adresse d'abord à son médecin. (2) (3)

Dans notre étude, seulement 30% des victimes de violences conjugales ont porté plainte suite à leur consultation aux urgences. Moins de la moitié de ces victimes ont vu leur plainte aboutir et se sont senties aidées par les forces de l'ordre.

Une collaboration étroite des forces de l'ordre et des professionnels de Santé serait souhaitable pour organiser un réseau d'intervenants efficaces pour ces femmes.

5. Le dépistage systématique

Dans un second temps, le but de l'étude était d'évaluer si les femmes consultant aux urgences sont favorables à un dépistage systématique des violences conjugales.

Comme on l'a déjà souligné, en l'absence de signe évocateur, la seule possibilité de découvrir des violences est le dépistage systématique des violences conjugales, essentiels pour les auteurs américains et canadiens mais très peu réalisé en France. (34)

Une étude réalisée dans deux centres d'urgences aux États-Unis montrait que trois brèves questions dirigées peuvent détecter un grand nombre de femmes qui ont des antécédents de violences conjugales. Elle montrait que après questionnement systématique de chaque femme, 13,7% des consultations avaient pour motif un épisode aigu de violences conjugales. (32)

On voit par nos chiffres que le dépistage systématique peut être très bien accueilli par les patientes, même par celles qui ne sont pas victimes. (annexe 2)

Plus de la moitié des femmes incluses dans notre étude est favorable à un dépistage des violences conjugales systématique aux urgences. Chiffre d'autant plus marquant que parmi les femmes ayant déjà été victimes de violences conjugales, 66,6% sont favorables au dépistage.

On note que les femmes victimes de violences conjugales et n'ayant jamais consulté de médecin pour ce motif, sont favorables à 80,8% au dépistage systématique.

Dans l'étude d'Eygun, les chiffres sont encore plus marquant avec 90% de femmes favorables à un questionnement systématique indifféremment du statut de victime ou non.

A noter que 75% des patientes victimes de violences parlaient pour la première fois des violences subies à l'occasion du questionnaire. (14)

Au Canada, le dépistage systématique des violences conjugales chez les femmes étaient majoritairement soutenu par les patients, sans différence significative entre les hommes et les femmes. (33)

Cependant se pose la question de la faisabilité ce dépistage systématique aux urgences, qui peut être chronophage, difficile dans certaines situations stressantes dues à un problème diagnostique ou par le nombre de consultations important à ce moment-là.

Au Canada, le dépistage universel des violences conjugales aux urgences a été préconisé par de nombreux établissements médicaux. Mais il existe de nombreux obstacles. Un des premiers est que le personnel soignant pense que les patients pourraient être offensés par un tel dépistage s'ils se présentaient aux urgences pour des problèmes non liés à leur motif d'entrée. (33)

Aucune étude chez les médecins urgentistes en France n'a été réalisée pour évaluer leur avis sur cette question.

Cependant en médecine générale, plusieurs études ont montré l'ambivalence des médecins par rapport à cette pratique. (34) Pour exemple, une étude de dépistage systématique des violences conjugales dans onze cabinets de médecine générale. Seulement un médecin se sentait prêt à intégrer cette pratique. Pour les autres participants, ils considéraient que cette pratique était trop contraignante et trop lourde. Ils préconisaient un questionnement direct de la patiente devant des signes évocateurs. (24) Or, on sait qu'il n'y a pas de signe pathognomonique pour dépister les violences conjugales. (4) Dans l'étude de Lebas, Morvant et Chauvin, seulement 7,7% des médecins généralistes interrogés déclaraient faire du dépistage systématique. La présence réelle de violences s'avérait dix fois plus fréquente que ne le percevaient les médecins. (23) (24)

Barosso indique que 53,6% des médecins généralistes sont réticents à mettre en place un dépistage systématique et 42% sont contre. Leurs arguments contre ce dépistage sont multiples. Les principaux exposés sont la méconnaissance des problématiques des violences conjugales, un problème de temps et de disponibilité, un réseau d'aide inconnu et inadapté et un sentiment d'impuissance et d'échec. (26) Les mêmes freins sont retrouvés dans l'étude de Canuet (13).

Il pourrait être pertinent d'interroger les médecins urgentistes pour vérifier si de tels obstacles sont ressentis également aux urgences.

Pour développer l'idée du dépistage systématique et mieux prendre en charge les patientes victimes de violences conjugales, il faut développer la formation des médecins sur ce sujet afin d'augmenter leur sensibilité à ce problème et leur donner les outils efficaces pour décrypter les plaintes des patientes. L'amélioration du repérage des victimes par les professionnels de santé passe par une meilleure connaissance des comportements et des pathologies secondaires aux violences conjugales (23).

6. Améliorer nos pratiques, la formation des urgentistes

Ce travail avait pour objectif a posteriori d'améliorer les pratiques des urgentistes concernant la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Barosso souligne que 78,6% des médecins généralistes interrogés expriment clairement que les consultations sur les violences conjugales étaient difficiles. (26)

Les violences conjugales restent un sujet tabou alors que l'on parle plus facilement de sexe, drogue ou autre addiction bien que les principes de prise en charge et de déontologie soient les mêmes. (13) (35)

Dans l'étude de Lazimi, parmi les médecins généralistes interrogés, 80% des médecins n'ont pas de difficultés à poser la question des violences conjugales à leurs patients. Cependant, 70% d'entre eux ressentent le besoin de se former sur le sujet. (27)

A l'hôpital, même constat avec l'expérience de Gabreau, en consultation anténatale au Centre Hospitalier de Nanterre, le fait d'être régulièrement formé sur le sujet pour un médecin est lié avec un taux de dépistage plus élevé par rapport à un médecin non formé. Le médecin formé saura questionner la patiente d'une manière empathique, sans jugement, ceci permet une mise en confiance de la patiente, victime de violences, qui sera plus encline à se confier à son médecin. (24)

L'étude de Poyet-Poullet de 2006 le confirme: sur 61 médecins généralistes qui ont mis leurs connaissances à jour sur la prise en charge des violences conjugales au cours de l'année précédente, tous mesuraient les effets positifs de la formation sachant mieux évaluer les violences, poser la question, trouver des solutions adaptées à chaque victime et connaissant mieux les intervenants des réseaux. (18)

Malgré tout nous pouvons nous interroger sur la faisabilité de cet objectif au vu du

fonctionnement des urgences. Il existe un impact de l'affluence de patients aux urgences sur la qualité des soins. Au vu de l'augmentation de la fréquentation des urgences, un protocole de prise en charge des violences conjugales associé à un dépistage systématique est-il faisable?

Dans notre étude seulement 51,2% des patientes ont déclaré se sentir aidées suite à leur consultation aux urgences pour violences conjugales. Il y a de nombreux progrès à faire pour aider et mieux prendre en charge ces patientes.

En plus d'un suivi multidisciplinaire des femmes victimes de violences conjugales comme au Centre Hospitalier de Saint-Malo, nous pourrions nous inspirer de la position prise au Canada, où des protocoles ont été mis au point et ont permis d'améliorer la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. (8)

La prévention primaire peut s'axer sur les facteurs de protection, en mettant des affiches, laisser des brochures à disposition dans les salles d'urgence.

Pour la prévention secondaire, le plus important est d'intervenir le plus précocement possible en formant les professionnels, en promouvant le dépistage systématique, et en constituant des réseaux d'aides.

Tout comme pour la prévention tertiaire, il faut aider les victimes le plus précocement possible pour mettre fin à cette situation ou prévenir sa réapparition. Il semble important de mettre en place aux urgences un protocole de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, vérifier la sécurité de la personne, établir un scénario d'urgence. Établir un protocole permettrait aussi de perdre moins de temps en ayant connaissance d'un réseau multidisciplinaire.(médecin légiste, assistante sociale, association, avocat..) (10) (11)

Depuis les recommandations de la Haute Autorité de Santé en 2005, il existe une case «victime de violences» dans les dossiers médicaux de consultation de préparation à la naissance et à la parentalité, afin de rechercher des facteurs de vulnérabilité.(36) Nous pourrions imaginer la

même chose dans les dossiers des patientes consultant aux urgences. Pour le moment, il n'existe pas de recommandation par la Haute Autorité de Santé pour la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales aux urgences ou en cabinet de médecine générale.

(11) (34)

Le secteur de la santé reste un des rares à ne pas avoir entrepris de formation systématique sur la thématique des violences conjugales. Le repérage des violences conjugales reste insuffisant. Les médecins ne pensent pas assez souvent aux violences conjugales et ne relient pas certains troubles médicaux à une situation de violences. Ils se sentent isolés ou impuissants face à ces situations. On voit qu'ils ne rédigent pas correctement les certificats médicaux. Le principal problème semble être qu'ils ne sont pas sensibilisés et formés sur cette problématique. (23)

Comme l'exprime le Docteur Salmona, il est important de connaître les conséquences psychotraumatiques des violences conjugales pour mieux protéger, accompagner et soigner les victimes. Beaucoup de symptômes et de comportements de victimes sont perçus comme paradoxaux pour l'entourage et les professionnels qui les prennent en charge, bien que ce soit des réponses habituelles à des situations traumatiques. Le cerveau des victimes de violences conjugales met en place des mécanismes neurobiologiques et psychiques de survie à l'aide d'une mémoire et d'une dissociation traumatiques. La mémoire traumatique fait revivre aux victimes à l'identique les violences subies de façon incontrôlée et envahissante. La dissociation traumatique les anesthésie émotionnellement et physiquement, leur faisant ressentir un sentiment d'étrangeté, d'irréalité et dépersonnalisation avec perte des repères temporo-spatiaux.

L'entourage et la plupart des professionnels de santé, face à la dissociation de la victime et son apparent détachement ne vont pas ressentir sa détresse ni prendre conscience du danger. La victime se sentira d'autant plus isolée et sera d'autant moins reconnue et protégée. (7)

Une étude prochaine pourrait vérifier si les médecins urgentistes sont aussi ambivalents que leurs confrères généralistes par rapport au dépistage des violences conjugales. Nous pourrions évaluer les besoins de formation des professionnels travaillant aux urgences. Et dans un dernier point, nous pourrions développer des protocoles de prise en charge et des réseaux multidisciplinaires pour la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales qui consultent aux urgences.

VI. CONCLUSION

Les médecins urgentistes sont les premiers confrontés au problème des violences conjugales comme l'indique le taux de prévalence élevé de femmes victimes de violences conjugales consultant aux urgences de Lens. Toute femme est susceptible d'être victime de violences conjugales. C'est un sujet souvent caché par des victimes très isolées mais qui doit être abordé plus systématiquement et explicitement par le corps médical.

Comme nous avons pu le voir avec notre étude, une prévalence importante de femmes victimes de violences conjugales ont pour seul recours nos urgences. Nous avons pu cependant constater que la majeure partie d'entre elles ne sont pas prises en charge de façon optimale. Peu de femmes ont bénéficié d'une proposition d'hospitalisation ou d'une présentation des modalités de prise en charge possible. Les patientes prises en charge aux urgences ont eu peu de recours aux professionnels non médicaux, associations ou assistante sociale. Des réseaux multidisciplinaires restent à construire, et notamment une articulation avec la médecine de ville. Ces femmes méritent une prise en charge globale, à la fois biomédicale, psychoaffective, socioculturelle et médico-légale. De plus, nos soins aux urgences pourraient se coordonner avec d'autres spécialités médicales (gynécologue, pédiatre, médecin légiste, psychiatre). Nous sommes en cours de discussion pour la mise en place d'une consultation post-urgences au Centre Hospitalier de Lens, sur un mode de fonctionnement semblable à celle des urgences de Saint-Malo. Nos objectifs d'avenir sont de rédiger un protocole de prise en charge des patientes victimes de violences conjugales pour harmoniser nos soins et de former les médecins urgentistes et l'équipe paramédicale volontaires à cette problématique.

Il ne faut pas oublier que ces violences ont des répercussions sur les autres membres du ménage en particulier les enfants. La plupart des femmes de notre étude victimes de violences conjugales ont des enfants, qui sont le plus souvent des co-victimes. En France, 1% des enfants âgés de moins de 18 ans vivraient dans des ménages où les femmes sont victimes de violences conjugales. (2) (3)

Nous n'avons pas étudié les violences conjugales faites aux hommes. Nous n'avons pas de

chiffres officiels de prévalence d'hommes victimes de violences conjugales. Une des données nationales qui ressort était qu'en 2014, 25 hommes ont été tués par leur conjoint ou ex-conjoint. Une partie des hommes victimes d'homicide sont cependant les agresseurs dans plus de la moitié des cas.

Il est important de souligner également que la violence conjugale peut s'exercer aussi bien dans les couples hétérosexuels qu'homosexuels. (3) (10)

Comme on l'a vu, en France, la recherche d'antécédents de violences n'est systématique que chez 6 à 8% des praticiens. Il n'existe pas de recommandation concernant le dépistage de violences conjugales.

Néanmoins, un dépistage systématique permet au médecin de poser un diagnostic alors même qu'aucun symptôme «typique» de violence sur la santé physique et mentale n'existe.

Poser la question, permet aux patientes de parler, d'être écoutées et reconnues comme victimes, de ne plus se sentir seules. Un grand nombre de victimes avoue que si le médecin avait posé la question, elles auraient sûrement parlé de la situation qu'elles vivaient ou du moins auraient su qu'elles pouvaient revenir consulter quand elles se sentaient prêtes.

Questionner systématiquement dans nos services d'urgences les patientes sur les antécédents ou l'actualité des violences subies entraînerait un meilleur repérage et une meilleure prise en charge des femmes victimes de violences conjugales comme décrit au Canada ou encore aux États-Unis.

Inclure ce questionnaire dans nos pratiques pourrait participer à l'effort d'enrayer ce cycle de violence transgénérationnel.

Les femmes dans notre étude sont favorables à un dépistage systématique des violences aux urgences. Mais qu'en est-il des urgentistes? De l'équipe paramédicale aux urgences?

Sont-ils aussi favorables à ce dépistage? Par quelles modalités pourrions-nous mettre ça en place dans nos urgences?

Nous avons pu voir que la majeure partie des professionnels de santé ne se sentent pas à l'aise

avec le thème des violences conjugales. En-est-il de même pour les professionnels aux urgences?

L'optimisation de la formation suggère un meilleur accompagnement de ses femmes. Peu de formations sont proposées pour le moment.

Il pourrait être proposé un campus d'heures obligatoire pendant le troisième cycle, des stages d'internes dans les associations ou un thème de formation médicale continue dans les facultés de médecine.

Ces propositions pourraient être évaluées à travers une autre étude.

On sait que l'objectif et le rôle des professionnels de santé sont de faire prendre conscience à une femme de sa victimisation, la restaurer en tant que personne, afin de l'amener à se séparer de son conjoint violent. Un des enjeux majeurs est de dépister la violence le plus précocement possible pour en limiter les conséquences sanitaires et socio-économiques.

De nombreux progrès restent à faire pour améliorer notre prise en charge aux urgences de ces femmes.

"La femme n'est victime d'aucune mystérieuse fatalité : il ne faut pas conclure que ses ovaires la condamnent à vivre éternellement à genoux» Simone De Beauvoir.

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

Ban Ki-moon, Secrétaire général des Nations Unies (2008)

VII. REFERENCES

1. OMS. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes.
Chapitre 4 : La violence exercée par des partenaires intimes. Genève; 2013 p. 51. Report No.: 978 92 4 156462 5. Disponible sur:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf;jsessionid=3EEFC125AD23D9629F9F0F91B51A3D9F?sequence=1 (consulté le 30/04/2018)
2. Secrétariat d' Etat en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes. Enquête INSEE-ONDRP, femmes âgées de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en Métropole « cadre de vie et sécurité » ;2010. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr> (consulté le 30/04/2018)
3. Mission Interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Violences faites aux femmes, principales données. La lettre de l'Observation National des violences faites aux femmes, numéro 8; 2015.
4. Fédération Nationale Solidarité Femmes. FNSF: guide à l'intention des professionnels de santé ; 2018. Disponible sur: <http://www.solidaritefemmes.org>. (consulté le 30/04/2018)
5. LOI n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. Code Pénal.
6. LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. Code Pénal.

7. Salmona M. Comprendre et prendre en charge l'impact psychotraumatique des violences conjugales pour mieux protéger les femmes et les enfants qui en sont victimes. 2017.
Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2017_Muriel_Salmona_Violences_conjugales_le_droit_d_etre_protegee_DUNOD.pdf (consulté le 30/04/2018)
8. Rinfret-Raynor M, Turgeon J. Dépistage systématique de la violence conjugale. Réflexion théorique et développement d'un protocole. *Service social*. 1995;44(2):57.
9. Coutanceau R. Auteurs de violences au sein du couple. Prise en charge et prévention. groupe de travail; 2006.
10. Henry N. Aimer n'est pas frapper. Enquête sur les violences conjugales en France. Denoël Impacts; 2010. 320 p.
11. Inspection Générale des Affaires Sociales, Branchu C, Vanackere S. La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences: éléments en vue d'une modélisation. 2017 mai. Report No.: 2017-001R.
12. Lazimi G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est – il possible, efficace et intéressant. [Mémoire de DU stress, traumatisme et pathologies]. Paris 6 Pitié-Salpêtrières; 2006.
13. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative . *Exercer*. Juin 2010; 21(92):75-80.

14. 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
15. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. 5ème plan Interministériel, définition d'un protocole national pour amélioration de la prise en charge des femmes victimes de violences. 2017.
16. O'Neil R. Dépistage des victimes de violence au service d'accueil des Urgences du CHU de Poitiers [Thèse d'exercice de Médecine Générale]. Université de Poitiers; 2015.
17. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, rapport au Ministre délégué à la Santé. Paris: Ministre délégué à la Santé; (La Documentation française) ; 2001. Disponible sur:
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf> (consulté le 30/04/2018)
18. Poyet, Poulet. Le médecin généraliste face aux violences conjugales : évaluation de la formation médicale continue en Pays de Loire [Thèse d'exercice de médecine]. [Nantes]; 2006.
19. Jaspard M., Brown E., Équipe Enveff. La première enquête nationale française sur les violences envers les femmes : l'enquête Enveff. Colloque Unesco 16; 2001.
20. SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence). Violence faites aux femmes; les référents des urgences réunis pour une première journée de formation. In Paris; 2016.

21. Mission Interministérielle pour la Protection, des Femmes contre les Violences et la, Lutte contre la Traite des Etres Humains (MIPROF). Violences au sein du couple et violences sexuelles: impact sur la santé et la prise en charge médicale des victimes. La lettre de l'Observation National des violences faites aux femmes, numéro 6; 2015.
22. Gazaigne L. Violences faites aux femmes : poser la question est - il possible ? [Mémoire de diplôme d'études spécialisés de médecine générale]. Paris 6 Pitié-Salpêtrières; 2008.
23. Lebas J, Morvant C, Chauvin P. [Consequences of domestic violence on women's health and their management in primary health care]. Bull Acad Natl Med. 2002;186(6):949-59; discussion 959-961.
24. Morvant C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCPs [Thèse d'exercice de Médecine Générale]. Université Paris VI - Pierre et Marie Curie; 2005.
25. Farchi S, Polo A, Asole S, Ruggieri MP, Di Lallo D. Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region, Italy. BMC Women's Health. Déc 2013 ;13(1). Disponible sur: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-13-31> (consulté le 30/04/2018)
26. Barrosso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. [Thèse d'exercice de médecine]. Université Paris Diderot – Paris 7; 2013

27. Lazimi G. Violences faites aux femmes. La Revue du Praticien en Médecine Générale; 2005. Tome 19, n° 706/707 p1180
28. Piau Charruau D. Place du médecin généraliste dans les violences à partir d' une enquête sur les violences conjugales. [Thèse d'exercice de médecine]. Angers; 2006.
29. Haute Autorité de Santé - Service des bonnes pratiques professionnelles. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. 2011.
30. Loisel S, Delangle C, Pone J-M, Albert F, Zemmouche P, Bargain F, et al. Implication d'un service d'accueil des urgences dans la prise en charge des victimes de violences conjugales au Centre Hospitalier de Saint-Malo ; 2016. Disponible sur:
http://www.sfm.u.org/fr/bus/media/med_id/431 (consulté le 30/04/2018)
31. IGS: Institut en Santé Génésique, Centre Hospitalier de Poissy ; 2018. Disponible sur:
<http://www.women-safe.org/> (consulté le 30/04/2018)
32. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. JAMA. 7 mai 1997;277(17):1357-61.
33. Hurley KF. Emergency department patients' opinions of screening for intimate partner violence among women. Emergency Medicine Journal. 1 févr 2005;22(2):97-8.

34. Benoit M. Pour un meilleur dépistage médical des violences faites aux femmes. Une revue de la littérature. [Thèse d'exercice de Médecine Générale]. Faculté de Médecine Henri Warembourg-Lille2; 2016.

35. Gerbert B, Gansky SA, Tang JW et a. Domestic violence compared to other health risks : a survey of physician's beliefs and behaviours. [Internet]. Am J Prev Med; 2002. Disponible sur: 23:82-90

36. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations. 2005.

VIII. ANNEXES

1. Annexe 1 : Questionnaire réalisé pour cette étude



Centre Hospitalier de Lens

Enquête chez toutes les femmes consultant aux urgences ,

du 08/01/2018 au 04/02/2018

Merci de remplir ce questionnaire et de le rendre à l'un des membres de l'équipe des urgences vous prenant en charge.

Ce questionnaire est strictement anonyme. Il est donné à toute femme, dans le but d'améliorer nos pratiques et la prise en charge des patientes.

1. Aujourd'hui, consultez vous suite à des violences conjugales ?
(les violences conjugales sont celles qui s'exercent à l'encontre d'un conjoint ou d'un concubin, que le couple soit marié, pacsé, en simple concubinage ou même séparé) Oui Non
- S'agit-il de violences verbales (propos humiliants ou insultes) ? Oui Non
 - S'agit-il de violences physiques (battue, frappée, tapée ou poussée) ? Oui Non
 - S'agit-il de relations sexuelles non consenties ? Oui Non

2. Au cours de votre vie, avez-vous déjà été victime de violences conjugales? Oui Non

ce mois-ci cette année au cours des 5 dernières années il y a plus longtemps

- S'agissait-il de violences verbales (propos humiliants ou insultes) ? Oui Non
- S'agissait-il de violences physiques (battue, frappée, tapée ou poussée) ? Oui Non
- S'agissait-il de relations sexuelles non consenties ? Oui Non

Si Non, à la question 1 et 2, vous pouvez tourner la feuille et répondre aux questions 5 et 6.

Si Oui,

3. Avez-vous consulté votre médecin généraliste pour ce motif ? Oui Non
4. Avez-vous consulté aux urgences pour ce motif ? Oui Non

Si oui, lors de votre passage aux urgences, vous a-t-on réalisé :

- une prise de sang Oui Non
- une radiographie Oui Non
- un entretien psychologique Oui Non
- un certificat médical (de coups et blessures) Oui Non
- une prescription médicamenteuse Oui Non
- un entretien avec une assistante sociale Oui Non

- aux urgences, vous-a-t-on proposé une hospitalisation ? Oui Non
- Si oui, avez-vous accepté ? Oui Non

- le médecin urgentiste vous-a-t-il informé des différentes possibilités de prise en charge ? Oui Non

- avez-vous bénéficié d'un suivi après cette consultation aux urgences ? Oui Non

Si Oui, par qui ? (*plusieurs choix possibles*)

Psychologue Psychiatre Médecin Généraliste Assistante Sociale Association

-vous êtes-vous sentie aidée suite à cette consultation aux urgences ? Oui Non

- avez-vous porté plainte, suite à cette consultation aux urgences ? Oui Non
Si Oui, cette plainte a-t-elle abouti à une condamnation ? Oui Non
Vous êtes-vous sentie aidée par les Forces de l'Ordre? Oui Non

5. Seriez-vous pour que l'on vous pose, la question suivante « Avez-vous été victime de violences conjugales ? » à chaque consultation aux urgences ? Oui Non

6. Quelques questions sur vous :

Votre âge : ans Nombre d'enfants :

Vivez-vous seule ? Oui Non

Statut conjugal : Mariée Pacsée En concubinage Divorcée Séparée Veuve Célibataire

Avez-vous une activité professionnelle ? Oui Non

Merci pour votre contribution à cette enquête.

*Si vous rencontrez des difficultés et êtes concernée par le sujet de cette enquête, vous pouvez téléphoner au **03 21 XX XX XX** pour demander un rendez-vous avec le Dr. MASSE.*

2. Annexe 2 : dépistage systématique des violences conjugales lors d'une consultation aux urgences - critères épidémiologiques

variable	modalités	Femmes favorables		Femmes défavorables	
		fréquence	pourcentage	fréquence	pourcentage
Vit seule	non	92	67,2	63	56,8
	oui	45	32,8	48	43,2
	Données manquantes	6		5	
Statut conjugal	mariée	45	32,6	39	34,2
	pacsée	9	6,5	5	4,4
	En concubinage	35	25,4	25	21,9
	Divorcée	8	5,8	6	5,3
	Séparée	15	10,9	7	6,1
	Veuve	3	2,2	11	9,6
	Célibataire	23	16,7	21	18,4
	Données manquantes	5		2	
Activité professionnelle	non	53	38,4	61	54
	oui	85	61,6	42	16
	Données manquantes	5		3	
âge	Moyenne +/- écart type	38,4 +/- 15,2		45,5 +/- 19,4	
	Médiane (Q1;Q3)	36 (26;48)		43,5 (28;61)	
	Minimum-Maximum	18-87		18-91	
	Données manquantes	5		4	
Nombre d'enfants	Moyenne +/- écart type	1,7 +/- 1,5		1,9 +/- 1,8	
	Médiane (Q1;Q3)	2 (0;3)		2 (0;3)	
	Minimum-Maximum	0-6		0-9	
	Données manquantes	5		3	

3. Annexe 3 : Type de soins reçus lors de la consultation aux urgences pour violences conjugales selon ancienneté des violences

Ancienneté des violences (depuis..)	Examen biologique			Radiographie			Entretien psychologique		
	fréquence	pourcentage	p=x	fréquence	pourcentage	p=x	fréquence	pourcentage	p=x
Ce mois-ci	6	21,4	NA	10	35,7	0,66	8	28,6	0,49
Cette année	4	18,2	NA	8	36,4	0,67	4	18,2	0,34
5 dernières années	4	19,1	NA	9	42,9	0,2	5	23,8	0,93
Plus longtemps	2	9,1	NA	6	27,3	0,4	3	13,6	0,99

Ancienneté des violences (depuis..)	Certificat médical			Prescription médicamenteuse			Entretien avec assistante sociale		
	fréquence	pourcentage	p=x	fréquence	pourcentage	p=x	fréquence	pourcentage	p=x
Ce mois-ci	13	48,2	0,76	6	22,2	1	2	7,4	NA
Cette année	10	47,6	0,76	5	23,8	0,71	2	9,5	NA
5 dernières années	10	50	1	4	20	1	2	10	NA
Plus longtemps	8	38,1	0,13	3	14,3	0,46	3	14,3	NA

4. Annexe 4 : Type de soins reçus lors de la consultation aux urgences pour violences conjugales selon type de violence

Types de violences	Examen biologique			Radiographie			Entretien psychologique		
	fréquence	pourcentage	p=x	fréquence	pourcentage	p=x	fréquence	pourcentage	p=x
Verbales	6	14	NA	15	34,9	NA	11	25,6	NA
Physiques	6	14	NA	16	37,2	0,25	10	23,3	NA
Sexuelles	2	12,5	NA	4	25	NA	3	18,8	1

Types de violences	Certificat médical			Prescription médicamenteuse			Entretien avec assistante sociale		
	fréquence	pourcentage	p=x	fréquence	pourcentage	p=x	fréquence	pourcentage	p=x
Verbales	22	52,4	NA	10	23,8	NA	5	11,9	NA
Physiques	23	54,8	NA	9	21,4	NA	4	9,5	NA
Sexuelles	6	37,5	0,31	3	18,7	0,5	1	6,25	NA

AUTEUR : DETAVERNIER Lindsay

Date de Soutenance : le 7 juin 2018

Titre de la Thèse : Estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine d'Urgence

DES + spécialité : DES de Médecine Générale, DESC de Médecine d'Urgence

Mots-clés : partner abuse, screening, emergency department, intimate partner

Résumé :

Contexte: Chaque année en France, 225000 femmes âgées de 18 à 75 ans, soit plus de 1% des femmes de cette tranche d'âge, sont victimes de violences conjugales. Les urgentistes sont au premier plan pour prendre en charge ces victimes, consultant pour des motifs variés. Il existe de nombreuses difficultés à leur prise en charge, avec des médecins peu formés sur ce sujet. L'objectif principal de cette étude était d'estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens. L'objectif secondaire était d'évaluer si les femmes consultant aux urgences sont favorables à un dépistage systématique des violences conjugales lors de leur consultation.

Méthode: Etude épidémiologique descriptive, monocentrique, réalisée du 08 janvier 2018 au 04 février 2018. Un questionnaire anonyme était distribué 24 heures sur 24 à toutes les femmes majeures consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens, quelque soit leur motif de consultation. Les critères d'exclusion étaient les femmes mineures, celles avec une incapacité de compréhension, ne lisant pas le français ou présentant une urgence vitale.

Résultats: Deux cent soixante dix patientes ont été incluses dans notre étude. Trente patientes (soit 11,1%) consultaient aux urgences le jour de leur inclusion dans l'étude suite à des violences conjugales. Il s'agissait dans 90% des cas de violences verbales, dans 93,3% de violences physiques, et dans 26,6% de violences sexuelles. Quarante-trois patientes soit 30,7% avaient été victimes de violences conjugales au cours de leur vie. Quarante-huit de ces patientes (soit 57,8%) avaient déjà consulté aux urgences pour ce motif (dont 32,7% ayant eu uniquement recours aux urgences). Les patientes recevaient comme soins aux urgences dans 48% des cas la rédaction d'un certificat, 22,9% un entretien psychologique et 10,6% un entretien avec une assistante sociale. Parmi les 83 femmes victimes de violences conjugales dans leur vie, 66,6% d'entre elles étaient favorables à un dépistage systématique des violences aux urgences.

Conclusion:

Cette étude conforte l'idée que les urgences sont un premier recours pour les femmes victimes de violences conjugales. Il reste de nombreux progrès à réaliser en terme de prise en charge de ces victimes aux urgences. Reste à savoir si les urgentistes sont prêts au dépistage systématique des violences conjugales et à l'amélioration de leurs pratiques.

Président du Jury : Monsieur le Professeur WIEL

Asseseurs : Monsieur le Professeur HEDOUIN, Monsieur le Professeur VAIVA, Madame le Docteur TILLY, Madame le Docteur MASSE