



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Victimes de violences conjugales aux urgences : création d'un parcours de soins personnalisé au centre hospitalier du Cateau-Cambrésis et évaluation des pratiques professionnelles dans le GHT du Hainaut-Cambrésis

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 5 novembre 2020 à 16h00
au Pôle Formation

Par Monsieur Benjamin PAULE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Valéry HÉDOUIN

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

**Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur Romain LECOMTE**

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CMI : Certificat Médical Initial
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
- CSP : Code de Santé Publique
- GHT : Groupement Hospitalier Territorial
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- IML : Institut Médico-Légal
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- ITT : Incapacité Temporaire de Travail
- MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes
- ONU : Organisation des Nations Unies
- PACS : PActe Civil de Solidarité
- RUD : Risque Urgence Dangerosité
- SOLVEIG : SOLidaire contre les Violences Et l'Injustice en Général
- TGI : Tribunal de Grande Instance

RÉSUMÉ.....	6
1) GÉNÉRALITÉS.....	8
A. DÉFINITIONS.....	8
B. HISTORIQUE.....	8
C. PRÉJUDICES.....	9
D. LES VIOLENCES CONJUGALES À L'HÔPITAL.....	10
E. RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE.....	11
a. Proposition de protocole national.....	11
b. Recommandations de l'IGAS.....	12
c. Code de Santé Publique.....	13
F. TERRITOIRE ET CARACTÉRISTIQUES.....	13
a. Département.....	13
b. Hainaut-Cambrésis.....	13
c. Commune du Cateau-Cambrésis.....	13
G. MISE EN PLACE DU PARCOURS DE SOINS PERSONNALISÉ AU CENTRE HOSPITALIER DU CATEAU-CAMBRÉSIS.....	14
a. Information des personnels.....	16
b. Prise en charge somatique.....	17
c. Aspects addictologiques et de santé mentale.....	17
d. Aspects sociaux.....	18
e. Aspects médico-légaux.....	19
1) Signalement judiciaire.....	19
2) Recours à une consultation de médecine légale.....	20
3) Déploiement du dépôt de plainte simplifié.....	21
4) Prise en charge des violences sexuelles.....	22
2. MATÉRIELS ET MÉTHODE.....	24
A. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	24
a. Hôpitaux cibles.....	24
b. Construction du questionnaire.....	24
c. Diffusion du questionnaire.....	25
B. ANALYSE STATISTIQUE.....	25
3. RÉSULTATS.....	26
A. ASPECTS INSTITUTIONNELS ET ORGANISATIONNELS.....	26
B. ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX.....	27
C. ASPECTS ADDICTOLOGIQUES ET DE SANTÉ MENTALE.....	29
D. ASPECTS SOCIAUX.....	31
E. AUTO-ÉVALUATION.....	33
4. DISCUSSION.....	35
A. OBJECTIF ET STRUCTURE DE L'ÉTUDE.....	35
B. ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCES FACE AUX VIOLENCES CONJUGALES.....	35
C. ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX.....	36
D. ASPECTS SOCIAUX.....	38
E. ASPECTS DE SANTÉ MENTALE.....	39
F. LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ÉTUDE.....	40

5. CONCLUSION.....42

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....43

ANNEXES.....47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Composition du coût global des violences conjugales en France en 2010.....18

Tableau 2 - Extraction des données socio-économiques du Cateau-Cambrésis selon FDep en 2019.....22

Tableau 3 - Existence d'un protocole aux urgences.....34

Tableau 4 - Connaissance des recommandations de l'IGAS.....34

Tableau 5 - Existence d'un référent « violences conjugales ».....34

Tableau 6 - Sensibilisation des soignants aux violences conjugales.....35

Tableau 7 - Rédaction du certificat médical initial.....35

Tableau 8 - Dépôt de plainte simplifié.....36

Tableau 9 - Les acteurs du signalement judiciaire.....37

Tableau 10 - Soutien psychologique.....37

Tableau 11 - Dépistage du risque suicidaire.....38

Tableau 12 - Dépistage des consommations à risque.....38

Tableau 13 - Réalisation d'un entretien social.....39

Tableau 14 - Interrogatoire sur la présence d'enfants.....39

Tableau 15 - Hébergement hospitalier à but social.....40

Tableau 16 - Distribution d'une brochure d'informations.....40

Tableau 17 - Partenariat avec les acteurs associatifs.....41

Tableau 18 - Auto-évaluation de la prise en charge des services.....42

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 - Protocole mis en place aux urgences du Cateau-Cambrésis.....55

Annexe 2 - Modèle de Certificat Médical Initial (recommandations HAS).....61

Annexe 3 - Outil RUD (dépistage du risque suicidaire).....62

Annexe 4 - Fiche pratique d'aide au signalement judiciaire.....63

Annexe 5 - Question d'étude.....64

Résumé

Contexte : Un protocole de prise en charge des victimes de violences conjugales a été mis en place au sein des urgences du centre hospitalier du Cateau-Cambrésis. Désormais, une prise en charge pluridisciplinaire est effectuée selon les recommandations en vigueur.

Ensuite un état des lieux des pratiques actuelles dans les centres hospitaliers voisins a été réalisé afin d'étudier la possibilité d'une généralisation de ce protocole.

Matériels et Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive avec évaluation des pratiques professionnelles au sein des six services d'urgences du GHT du Hainaut-Cambrésis à l'aide d'un questionnaire comportant une vingtaine d'items sur des critères sociaux, de santé mentale ou encore médico-légaux. De plus une auto-évaluation du ressenti des chefs de service sur plusieurs aspects de la prise en charge de ces victimes a été réalisée en complément.

Résultats : Il existe une hétérogénéité des pratiques sur des critères organisationnels (absence de protocole dans quatre hôpitaux sur six), sociaux (entretien social non systématique, défaut de partenariat avec les acteurs associatifs), médico-légaux (dépôt de plainte simplifié impossible dans cinq hôpitaux sur six) ou de santé mentale (dépistage addictologique inexistant dans la moitié des hôpitaux, soutien psychologique jamais proposé dans un hôpital).

Conclusion : Il existe un manque d'uniformité des prises en charge entre les différents centres hospitaliers du GHT du Hainaut-Cambrésis. Cette étude souligne différents axes d'amélioration possibles dont la généralisation d'un protocole commun.

Abstract

Context: Implementation of a protocol to deal with victims of domestic abuses in the Emergency Room of the Cateau-Cambrésis Hospital. A multidisciplinary management is now established according to the current official guidelines. We then reviewed the practices in nearby hospitals to study the possibility of a generalization of this protocol.

Materials and methods: Descriptive observational study with an evaluation of the professional practices within the six Emergency Department of the THG from Hainaut-Cambrésis with the help of a survey with items about social, mental health, or even forensic criteria. Self-assessments of head of departments feeling's regarding several aspect of the managements of these victims.

Results: We found a heterogeneity of practices based on organizational criteria (lack of protocol in 4 out of 6 hospitals), social (non-systematic social interview, lack of partnership with associative actors), forensic (filing of simplified complaints impossible in 5 out of 6 hospitals...) or mental health (addiction screening non-existent in half of hospitals, psychological support never offered in a hospital...).

Conclusion: There was a lack of uniformity of treatment between the different hospitals of THG from Hainaut-Cambrésis. Our study drew possible areas for improvement including a generalization of a common protocol.

1) GÉNÉRALITÉS

A. Définitions

Les violences conjugales sont définies comme celles qui s'exercent à l'encontre d'un conjoint ou d'un concubin, que le couple soit marié, lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), en simple concubinage ou même séparé. Il peut s'agir de violences physiques (coups, blessures...), verbales (insultes, menaces, cris...), sexuelles (agression, viol), économiques ou psychologiques (humiliation, chantage, menaces, dévalorisation, contrôle...). Le plus souvent ces violences ne sont pas uniques mais insidieusement entremêlées [1].

En France, plus de 200000 femmes sont victimes de violences chaque année. En 2018, 121 femmes et 28 hommes ont été tués par leur partenaire et 21 enfants ont été tués dans le cadre de violences au sein du couple parental [2].

B. Historique

La thématique des violences conjugales émerge initialement lors de la deuxième Conférence Mondiale sur les femmes de Copenhague en Juillet 1980 [3]. En 1993, l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU) adopte la Déclaration

des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Cela aboutit à la création de la « journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes » qui a lieu aujourd'hui encore le 25 novembre de chaque année.

A l'échelle nationale, l'ampleur des mouvements féministes depuis les années 1970 a permis de faire évoluer progressivement les mentalités. En 1999, le Conseil de l'Europe et le Parlement Européen mènent conjointement une campagne pour faire de cette année celle de la « tolérance zéro » des violences envers les femmes. De nombreuses campagnes d'informations et de prévention sont menées afin de sensibiliser le grand public aux violences intrafamiliales [4]. Le numéro unique 3919 « Violences femmes info » est créé en 2007 avec un nombre d'appels reçus qui augmente chaque année [5]. Le label « grande cause nationale » est attribué en avril 2018 aux violences faites aux femmes [6].

C. Préjudices

Les préjudices des violences conjugales sont profonds et durables. Il existe des effets péjoratifs sur la santé des victimes, à long terme et même longtemps après que les violences aient cessées [7] [8].

D'un point de vue médical, les victimes présentent généralement des lésions traumatiques, des troubles psychosomatiques, un état d'anxiété, des troubles du sommeil, un syndrome dépressif ou encore un syndrome de stress post-traumatique que l'on retrouve chez près de la moitié des victimes et quatre fois plus souvent que dans la population générale [9]. Dans une méta-analyse nord-américaine, le risque de dépression et de stress post-traumatique apparaît même plus élevé encore dans le cas de violences conjugales que dans le cas de violences sexuelles subies dans l'enfance [10]. Par ailleurs, certaines

études estiment que les victimes de violences conjugales ont un risque de suicide 5 fois plus élevé que la population générale [11].

Si les atteintes directes à la santé physique et psychique sont souvent évidentes, les violences conjugales représentent aussi un coût important pour la société en entraînant une perte d'aptitude au travail des victimes et une baisse de leur productivité.

En France, le coût global des violences conjugales est estimé entre 1,7 et 3,5 milliards d'euros (en incluant les coûts pour le système de soins, pour le secteur médico-social et judiciaire, les pertes de production dues aux décès, aux incarcérations et à l'absentéisme) [12]

Tableau 1 - Composition du coût global des violences conjugales en France en 2010

Postes de coût	Estimation (Million d'euros)	Pourcentage
Couts pour le système de soins	483,203 M€	19,50 %
Couts directs non médicaux (justice et police)	234,527 M€	9,49 %
Couts des conséquences sociales directes	120,349 M€	4,87 %
Pertes de production	1 098,936 M€	44,46 %
Pertes de qualité de vie	534,698 M€	21,63 %
TOTAL	2 471,713 M€	100,00 %

D. Les violences conjugales à l'hôpital

La situation des services d'urgences, à l'interface ville-hôpital, ouverts et inconditionnels, en fait un véritable observatoire de santé publique et un lieu privilégié de dépistage des

problématiques sociales [13]. Aux urgences, il existe une part importante de motif de recours social ou médicosocial surtout lorsque les employés et ouvriers sont surreprésentés dans les usagers et lorsque la médecine de ville est moins présente [14].

Les services d'urgences sont un lieu de recours fréquent pour les victimes de violences conjugales [15] et un lieu privilégié pour les dépister, à condition que le personnel ait été formé [16]. En effet, le repérage est parfois difficile car les violences conjugales évoluent de manière insidieuse et répétée en modifiant progressivement les schémas de pensée de la victime. Il n'existe pas de profil type de la victime, ni de signe pathognomonique : les patients consultent généralement pour des symptômes divers : troubles anxio-dépressifs, troubles digestifs, insomnie, troubles somatoformes...[17].

Il a été démontré que lorsqu'on dépiste systématiquement la présence de violences conjugales, on identifie davantage de victimes, cela étant particulièrement vrai chez les femmes en période de grossesse [16]. C'est la raison pour laquelle il est recommandé au moindre soupçon de violences de poser des questions simples et dénuées de préjugés comme « Avez-vous subi des violences dans votre vie ? » ou encore « Racontez-moi comment cela se passe à la maison » [18].

Des outils sont disponibles gratuitement sur le site de la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences (MIPROF) [19] notamment des clips vidéos de quelques minutes permettant d'expliquer les mécanismes des violences au sein du couple et l'importance du repérage par les professionnels de santé.

E. Recommandations de prise en charge

a. Proposition de protocole national

Le 5 novembre 2014, le Secrétariat d'Etat au droit des femmes a défini un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences [20]. Ce rapport ne formule pas de protocole unique applicable partout mais établit des recommandations à adapter localement en fonction des ressources disponibles et des initiatives de terrain. Il recommande d'offrir une prise en charge qui soit « pluridisciplinaire, co-responsable et coordonnée, expérimentée et soucieuse de la victime de violences ». Ce rapport préconise également que le personnel doit « être formé, initié aux outils de repérage et introduire le questionnement systématique ». Enfin, il est demandé de « simplifier la prise en charge des femmes victimes de violences : privilégier un lieu de prise en charge unique pour éviter l'errance (dépôt de plainte), faciliter les constats qui pourront servir de preuves judiciaires et se préoccuper du suivi des femmes victimes de violences ».

b. Recommandations de l'IGAS

En mai 2017, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) [21] rappelle que « l'hôpital est un lieu clé pour la prise en charge de ces femmes, en premier lieu dans les services d'urgences pour les situations les plus aiguës, et les services de gynécologie obstétrique durant la période de grossesse identifiée comme une période « à risque » ». Ce rapport souligne également que des progrès ont été réalisés ces dernières années comme la désignation de référents « violences faites aux femmes » au sein de chaque service d'urgences. Ce travail recommande aux structures hospitalières d'accueillir les victimes de violences conjugales en réunissant les compétences médicales (dont de santé mentale), de

travail social et de coordination avec les autres acteurs : collectivités, associations de victimes, autres professionnels de santé...

c. Code de Santé Publique

D'après l'article R.4127-44 du Code de la Santé Publique, « lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection » [22].

F. Territoire et caractéristiques

a. Département

Le département du Nord est particulièrement touché par les violences conjugales : 13691 faits ont été enregistrés dans les Hauts-de-France en 2019 dont 6248 cas uniquement dans le département du Nord [23].

b. Hainaut-Cambrésis

Le territoire du Hainaut-Cambrésis présente des caractéristiques socioéconomiques et sanitaires parmi les plus dégradées de France. Ce territoire est également fortement impacté par les déserts médicaux et par les difficultés d'accès à la médecine de ville [24].

c. Commune du Cateau-Cambrésis

L'analyse de l'indice de défavorisation sociale (FDep) de l'INSERM [25] montre les difficultés socio-économiques fortement présentes sur le secteur et notamment sur le

territoire du Cateau-Cambrésis. Sur les 1337 IRIS (zones de découpage territorial homogène utilisées par l'INSEE) présentes dans le département du Nord, le Cateau-Cambrésis est défini par :

- Jusqu'à 47% d'ouvriers dans la population adulte (1288^{ème} IRIS sur 1337 donc seulement 49 IRIS ont un taux d'ouvriers plus important que le Cateau-Cambrésis)
- Environ 25% de chômeurs dans la population adulte (1208^{ème} IRIS sur 1337 donc seulement 129 IRIS ont un taux de chômage plus important que le Cateau-Cambrésis)
- 16% à 18% de bacheliers dans la population adulte (1313^{ème} IRIS sur 1337 donc seulement 24 IRIS ont moins de bacheliers que le Cateau-Cambrésis)
- Un revenu médian annuel à 12 316€ (1168^{ème} IRIS sur 1337 donc seulement 169 IRIS ont un revenu médian annuel plus faible que le Cateau-Cambrésis)

Tableau 2 - Extraction des données socio-économiques du Cateau-Cambrésis selon FDep en 2019

COMMUNE	NOM DE L'IRIS	POPULATION	TAUX DE BACHELIERS	REVENU MEDIAN	TAUX DE CHOMEURS	TAUX D'OUVRIERS
LE CATEAU-CAMBRESIS	NORD	2793	18,33%	12 316,00 €	25,29%	47,13%
LE CATEAU-CAMBRESIS	CENTRE	2665	19,63%	12 316,00 €	20,76%	37,71%
LE CATEAU-CAMBRESIS	SUD	1540	16,43%	12 316,00 €	21,90%	39,62%

G. Mise en place du parcours de soin personnalisé au centre hospitalier du Cateau-Cambrésis

En lien avec les différentes recommandations citées auparavant, il a été décidé la mise en place d'un parcours de soins personnalisé pour les victimes de violences conjugales qui consultent au service d'accueil des urgences du centre hospitalier du Cateau-Cambrésis.

Jusqu'en janvier 2020, il n'existait aucun protocole de prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences. La prise en charge consistait le plus souvent en une consultation médicale somatique avec délivrance à l'issue d'un certificat médical initial (CMI) en vue d'un dépôt de plainte auprès des services de police judiciaire locaux.

De janvier 2020 à juin 2020, un travail a été mené sur la mise en place d'un protocole de prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences. D'autres médecins ayant déjà eu cette expérience dans leur hôpital ont été contactés et nous avons pu nous inspirer de protocoles récemment mis en place dans d'autres services d'urgences comme celui du CHU de Lille [26] ou encore celui du centre hospitalier de Dunkerque [27].

Durant plusieurs mois, de nombreuses réunions de travail ont été menées avec différents partenaires intra et extra-hospitaliers :

- les équipes administratives et juridiques du centre hospitalier du Cateau-Cambrésis
- des représentants des équipes médicales et paramédicales issus de différents services et notamment les référents « violences conjugales » déjà en fonction dans le centre hospitalier
- les assistantes sociales de l'hôpital

- des représentants associatifs et travailleurs sociaux de SOLVEIG, association locale d'aide aux victimes de violences conjugales
- nos partenaires juridiques notamment les magistrats des tribunaux de grande instance de proximité et différents représentants des brigades de gendarmerie du secteur

Ces rencontres ont nourri des échanges constructifs autour de la volonté de travailler ensemble dans l'intérêt des victimes que tous prennent en charge. Egalement, en réunissant des intervenants issus de tous domaines de compétences, ces échanges ont aussi été l'occasion de mieux nous connaître et de favoriser notre collaboration au quotidien.

Après relecture et validation, nous avons pu mettre en place de manière effective la procédure d'accueil et de prise en charge des victimes de violences conjugales à partir du 3 juillet 2020 (Annexe n°1).

a. Information des personnels

Tous les intervenants ont été informés du déploiement du protocole et notamment les personnels médicaux et paramédicaux du service des urgences qui ont bénéficié d'une séance d'information sur le contenu du protocole et sur les missions qui étaient les leurs.

En parallèle de la mise en place de cette procédure, une action d'information et de sensibilisation a été menée au sein du centre hospitalier du Cateau-Cambrésis sur la thématique des violences conjugales. Cette action de sensibilisation concernait les personnels soignants des urgences mais il a été décidé d'en faire bénéficier les autres personnels régulièrement confrontés à cette problématique comme ceux des services

d'addictologie ou de la maternité. Cette action de sensibilisation a pu être menée avec l'aide d'une sage-femme référente « violences conjugales » sur l'hôpital et avec l'aide de SOLVEIG : association « d'aide aux victimes » fortement présente sur le secteur géographique.

Le protocole mis en place au sein de l'hôpital permet d'uniformiser les pratiques et surtout d'offrir une prise en charge pluridisciplinaire aux victimes lors de leur passage aux urgences : notamment somatique, de santé mentale, sociale ou encore addictologique.

b. Prise en charge somatique

La prise en charge somatique des victimes de violences reste la priorité. La victime est examinée par un médecin urgentiste et bénéficie des examens complémentaires nécessaires à visée diagnostique ou thérapeutique. L'examen somatique aboutit à la rédaction d'un CMI dont le modèle a été révisé (Annexe n°2) suivant les recommandations de la HAS [28] afin de permettre son exploitation optimale par les services de gendarmerie et de justice dans l'intérêt du patient.

Un rappel a été fait aux médecins urgentistes sur les règles de rédaction du CMI, en s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique de la HAS et sur les recommandations du Collège de la Société Française de Médecine Légale. Il a également été rappelé que la fixation de l'ITT n'est pas obligatoire pour la rédaction d'un CMI et qu'elle peut tout à fait être fixée à distance lors d'une consultation de médecine légale.

c. Aspects addictologiques et de santé mentale

Le protocole mis en place demande au médecin urgentiste d'effectuer un dépistage systématique du risque suicidaire notamment par la recherche d'idées suicidaires ou de la volonté de mourir. Un rappel a été fait sur l'outil RUD (Annexe n°3) pour évaluer simplement le risque suicidaire aux urgences. Si nécessaire, le médecin dispose d'un recours en consultation psychiatrique d'urgence auprès des hôpitaux voisins selon la sectorisation territoriale habituelle et avec les mêmes modalités que pour les patients non-victimes de violences conjugales que nous adressons régulièrement à nos confrères psychiatres.

Un soutien psychologique est désormais systématiquement proposé aux victimes de violences conjugales. Une infirmière formée en psychiatrie et travaillant habituellement au Centre Médico-Psychologique (CMP) peut voir les patients en entretien le jour-même ou le lendemain. Ses coordonnées apparaissent dans le protocole afin d'être contactée directement. En cas d'accueil de victime la nuit ou le week-end, le soutien psychologique est organisé avec l'accord de la victime aux heures ouvrables. Les psychologues du service d'addictologie se sont également portés volontaires pour venir évaluer ponctuellement les victimes en plus de leur charge de travail dans leur service respectif.

Lors de l'entretien médical ou social, un dépistage des habitudes toxiques et des consommations à risque est effectué et une consultation en addictologie peut être proposée. En effet, nous savons que les victimes de violences conjugales présentent une forte augmentation du risque de dépendance à l'alcool et aux autres substances psychoactives [29] [30]. Il nous semblait indispensable de prendre en compte cet aspect dans la prise en charge des victimes, d'autant plus que le centre hospitalier du Cateau-Cambrésis bénéficie d'un service d'addictologie très actif sur le secteur.

d. Aspects sociaux

L'entretien social est un moment clé de la prise en charge. Il est effectué avec l'une des assistantes sociales du centre hospitalier. Nous avons déterminé avec elles les objectifs de cet entretien : réaliser un bilan familial et social, aborder les aspects financiers, la problématique du logement, la présence d'enfants au domicile... L'assistante sociale peut apporter des réponses sur ces thématiques et débiter d'éventuelles démarches administratives. Nous trouvons également intéressant que la victime puisse avoir une prise en charge par un personnel social (exclusivement féminin), après avoir été examiné par un médecin urgentiste (majoritairement masculin) car nous sommes convaincus que cela permettrait de faciliter les échanges et la relation de confiance. Si la victime consulte la nuit ou le week-end, les coordonnées de la patiente sont transmises avec son accord au service social de l'hôpital qui recontacte la victime en heures ouvrables pour organiser un entretien téléphonique ou présentiel.

Afin d'assurer un suivi, un contact téléphonique ultérieur est établi par le service social de l'hôpital ou par les associations de victimes (à condition que la victime ait donné son accord). L'objectif de ce suivi est double : d'une part répondre aux éventuelles interrogations apparues depuis la consultation initiale et d'autre part effectuer un suivi social sur les conditions du retour à domicile et sur l'éventuelle récurrence de violences intrafamiliales.

Une brochure d'informations a également été créée par l'association SOLVEIG, elle est confiée à toutes les victimes et contient des informations clés comme des coordonnées utiles (services de police ou gendarmerie, service social de l'hôpital, associations présentes sur le secteur...) ou encore un rappel sur les droits fondamentaux des victimes.

e. Aspects médico-légaux

1) *Signalement judiciaire*

Concernant la possibilité pour le médecin d'effectuer un signalement aux autorités judiciaires, nous avons fait un rappel aux praticiens des situations actuelles rendant possible un signalement judiciaire. Elles sont déterminées par l'article R.4127-44 du Code de Santé Publique (CSP) : « Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience » [31]. Ainsi, nous avons rappelé aux praticiens l'obligation déontologique de signaler aux autorités judiciaires une victime mineure, incapable ou considérée comme vulnérable. Les praticiens ont également été informés de la loi votée par le Sénat le 22 juillet 2020 permettant à tout professionnel de santé de signaler une victime de violences en situation de « danger immédiat et dans l'incapacité de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences ». [32]

D'un point de vue pratique, nous avons contacté les procureurs des différents tribunaux de grande instance géographiquement compétents sur notre secteur : Cambrai, Avesnes-sur-helpe et Saint-Quentin. Nous avons recueilli auprès d'eux les modalités de signalement afin de rédiger une « fiche pratique » (Annexe n°4) mise à disposition des médecins lors de leur garde aux urgences. Cette fiche recense donc les modalités de signalement (adresses mails de traitement en temps réel, numéro du substitut de permanence...) et rappelle également les situations cliniques nécessitant un signalement judiciaire selon le Code de Santé Publique.

2) Recours à une consultation de médecine légale

Concernant le recours à une consultation de médecine légale, le centre hospitalier du Cateau-Cambrésis est situé à distance équivalente entre l'hôpital de Valenciennes et celui de Saint-Quentin. Nous avons décidé de créer un partenariat avec l'Institut Médico-Légal du centre hospitalier de Saint-Quentin afin de leur adresser les victimes nécessitant l'expertise d'un médecin légiste (victimes de violences sexuelles par exemple). Ce choix s'est fondé d'une part sur la possibilité d'adresser nos patients y compris la nuit et les week-end, et d'autre part sur la réalisation des examens de viols en une consultation unique (examen en dualité médecin légiste et médecin gynécologue).

Nous travaillons actuellement sur la possibilité de téléconsultation avec les médecins légistes de Saint-Quentin. En effet, ils maîtrisent déjà cette activité de téléconsultation avec les urgences du centre hospitalier de Soissons (Aisne) et nous sommes très intéressés par la possibilité de pouvoir proposer aux victimes l'expertise rapide d'un médecin légiste et la production d'un CMI optimal avec fixation de l'ITT, issu de cette expertise.

3) Déploiement du dépôt de plainte simplifié

La décision de déposer plainte à l'encontre de son partenaire est une décision difficile qui nécessite un long cheminement, surtout quand il existe une emprise importante. Nous avons décidé d'organiser un « dépôt de plainte simplifié » directement depuis les urgences afin de favoriser le dépôt de plainte et faciliter les démarches pour les victimes :

- limiter les aller-retour entre l'hôpital et la gendarmerie ce qui est parfois source de démotivation pour les victimes

- pouvoir déposer plainte immédiatement à l'issue de la prise en charge ponctuée d'entretiens motivationnels (médecin, assistante sociale, psychologue)
- maintenir les poursuites même en cas de rétractation ultérieure de la victime sous l'emprise du conjoint (autosaisie du procureur)

La mise en place de ce « dépôt de plainte simplifié » a nécessité plusieurs mois de travail et de coordination entre notre centre hospitalier, les services préfectoraux, trois tribunaux différents et leurs services d'enquête respectifs.

Le « dépôt de plainte simplifié » a été mis en place en deux étapes :

- Signature d'une convention tripartite le 23 février 2020 (hôpital, préfecture, tribunal) qui demande aux forces de l'ordre de se déplacer directement à l'hôpital pour recueillir la plainte de la victime. Un bureau leur est désormais mis à disposition au sein du service d'urgences [33]
- Travail complémentaire depuis un an sur un dépôt de plainte dématérialisé qui sera déployé avant la fin d'année 2020 : la victime remplit un formulaire de « pré-plainte » qui est envoyé par mail au tribunal compétent avec les éléments médicaux dont le CMI (sur retour de réquisition judiciaire). La victime est ensuite convoquée dans les 24 à 48 heures en gendarmerie pour audition. L'intérêt est d'informer en temps réel l'autorité judiciaire pour qu'elle puisse apporter une réponse immédiate et cela évite aussi à la victime de devoir attendre l'arrivée des forces de l'ordre à l'hôpital.

4) Prise en charge des violences sexuelles

Les violences sexuelles sont définies comme « tout acte sexuel, tentative pour acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail »[34].

La prise en charge des victimes de violences sexuelles est extrêmement difficile pour les médecins : 90% se sentent mal à l'aise avec ce type de consultations [35]. Les principaux facteurs explicatifs sont un manque de formation et un manque d'expérience qui ne permettent pas une préparation optimale face à ce type de consultations sensibles [36].

L'accueil de victimes de violences sexuelles est une situation heureusement peu fréquente aux urgences du Cateau-Cambrésis mais toujours déstabilisante pour les professionnels. Convaincus de la nécessité d'un examen par un médecin légiste pour les victimes de violences sexuelles, nous avons créé un partenariat avec l'Institut Médico-Légal de Saint-Quentin pour des raisons déjà évoquées plus haut : géographiques, mais aussi parce qu'ils effectuent les examens de victimes de violences sexuelles en dualité. Ce partenariat nous permet de proposer à ces victimes un examen de médecine légale : en dualité, sans délai, avec des prélèvements correctement effectués et dans une structure permettant d'offrir une prise en charge médico-socio-psychologique optimale.

Ainsi, la victime de violences sexuelles consultant initialement aux urgences du centre hospitalier du Cateau-Cambrésis est d'abord vue médicalement par un médecin urgentiste (traitement post-exposition, sérologies, contraception d'urgence...) avant d'être réorientée vers l'unité médico-judiciaire du centre hospitalier de Saint-Quentin.

Après avoir mis en place ce protocole de prise en charge des victimes de violences conjugales au sein des urgences du Cateau-Cambrésis, nous nous sommes interrogés sur la possibilité de le diffuser aux services d'urgences avoisinants. Nous sommes partis de l'hypothèse qu'il existait actuellement une grande hétérogénéité dans la prise en charge de ces victimes entre les différents établissements de santé. Nous avons réalisé une évaluation des pratiques professionnelles sur l'accueil des victimes de violences conjugales au sein des hôpitaux du Groupement Hospitalier Territorial (GHT) du Hainaut-Cambrésis.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODE

A. Déroulement de l'étude

a. Hôpitaux cibles

Le GHT du Hainaut-Cambrésis est composé de 3 zones de proximité : le Valenciennois, le Sambre-Avesnois et le Cambrésis.

Le GHT du Hainaut-Cambrésis bénéficie de douze hôpitaux différents dont six hôpitaux pourvus d'un service d'accueil des urgences :

- Centre hospitalier de Valenciennes
- Centre hospitalier Sambre-Avesnois (Maubeuge)
- Centre hospitalier de Denain

- Centre hospitalier de Cambrai
- Centre hospitalier de Fourmies
- Centre hospitalier du Cateau-Cambrésis

Ces six hôpitaux ont participé à cette étude et ont été destinataires du questionnaire.

b. Construction du questionnaire

Un questionnaire standardisé a été établi afin d'évaluer les pratiques professionnelles.

Les principaux critères de qualité de ce questionnaire sont :

- un questionnaire court
- un questionnaire anonyme
- un questionnaire intégrant des questions à choix multiple et également des notations d'items entre zéro et dix
- un questionnaire intégrant des items objectifs organisationnels et des questions plus subjectives de ressenti

Ce questionnaire a été relu par 10 personnes volontaires (médecins et non-médecins) afin de confirmer sa compréhensibilité et sa lisibilité. Le contenu a été relu et révisé par un médecin de santé publique pour confirmer la cohérence statistique des questions posées.

c. Diffusion du questionnaire

Entre mars 2020 et mai 2020, les questionnaires vierges ont été envoyés par e-mail à chaque chef de service d'urgences des hôpitaux du GHT du Hainaut-Cambrésis. La réponse a été faite par e-mail, soit par le chef de service lui-même, soit par un autre praticien du service (réfèrent « violences conjugales » par exemple).

B. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R 3.6.3. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne avec intervalle de confiance à 95%, les paramètres de dispersion ont également été analysés (médiane, intervalle inter-quartile, écart-type).

Pour les variables binaires ou qualitatives, les proportions de chaque modalité ont été calculées avec leur intervalle de confiance à 95%.

Les valeurs ont été arrondies à la deuxième décimale.

3. RÉSULTATS

A. Aspects institutionnels et organisationnels

Tableau 3 - Existence d'un protocole aux urgences

	Effectif	Proportio n	IC 95%
Oui	2	33,33%	[4,33% ; 77,72%]
Non	4	66,67%	[22,28% ; 95,67%]

Deux hôpitaux du GHT déclarent utiliser un protocole d'accueil des victimes de violences conjugales aux urgences.

Tableau 4 - Connaissance des recommandations de l'IGAS

	Effectif	Proportio n	IC 95%
Oui	4	66,67%	[22,28% ; 95,67%]
Non	2	33,33%	[4,33% ; 77,72%]

Quatre chefs de service sur les six questionnés déclarent connaître les recommandations de l'IGAS en matière d'accueil des victimes de violences conjugales à l'hôpital.

Tableau 5 - Existence d'un référent « violences conjugales »

	Effectif	Proportio n	IC 95%
Oui	5	83,33%	[35,88% ; 99,58%]
Non	1	16,67%	[0,42% ; 64,12%]

Cinq services d'urgences disposent d'un référent « violences conjugales » clairement identifié.

Tableau 6 - Sensibilisation des soignants aux violences conjugales

	Effectif	Proportio n	IC 95%
Oui, récemment	1	16,67%	[0,42% ; 64,12%]
Oui, il y a longtemps	1	16,67%	[0,42% ; 64,12%]
Non	4	66,67%	[22,28% ; 95,67%]

Un des six hôpitaux déclare avoir bénéficié récemment d'une séance d'information et de sensibilisation à la thématique des violences conjugales. Un autre hôpital déclare avoir bénéficié de ce dispositif il y a plusieurs années. Les autres centres hospitaliers déclarent ne pas avoir bénéficié d'une telle intervention.

B. Aspects médico-légaux

Tableau 7 - Rédaction du certificat médical initial

	Effectif	Proportion	IC 95%
Médecin légiste	2	33,33%	[4,33% ; 77,72%]
Médecin urgentiste	4	66,67%	[22,28% ; 95,67%]

Les certificats médicaux initiaux sont rédigés par le médecin urgentiste avec fixation de l'ITT dans 4 services d'urgences sur les 6 interrogés. Dans les autres services d'urgences, les certificats sont rédigés par le médecin légiste.

Concernant la possibilité de recours à une consultation de médecine légale, deux hôpitaux du GHT bénéficient d'une activité de consultations de médecine légale en interne. A la question « comment noteriez-vous entre 0 et 10 la facilité d'accès à une consultation de médecine légale en interne ? », un hôpital attribue la note de 10/10 (extrêmement facile) et

un autre hôpital attribue la note de 0/10 (extrêmement difficile). Les notes médiane et moyenne sont donc à 5/10 et l'écart-type est de 7,07.

Quatre hôpitaux ne bénéficient pas d'activité de médecine légale en interne.

Concernant la facilité de recours à des consultations de médecine légale en externe, 4 hôpitaux attribuent des notes de 0 à 5/10 donnant une note moyenne de 2,25/10, une médiane à 2/10 avec un écart-type de 2,06.

Tableau 8 - Dépôt de plainte simplifié

	Effectif	Proportio n	IC 95%
Oui	1	16,67%	[0,42% ; 64,12%]
Non	5	83,33%	[35,88% ; 99,58%]

Il est possible pour la victime d'effectuer un dépôt de plainte simplifié depuis les urgences dans un hôpital du GHT. Cela n'est actuellement pas possible dans les cinq autres hôpitaux.

Tableau 9 - Les acteurs du signalement judiciaire

	Effectif	Proportio n	IC 95%
Médecin urgentiste	2	33,33%	[4,33% ; 77,72%]
Travailleur social	1	16,67%	[0,42% ; 64,12%]
Les deux	3	50%	[11,81% ; 88,19%]

En cas de nécessité de signalement judiciaire (situations prévues par l'article R-4127-44 du Code de Santé Publique), il est effectué par le médecin urgentiste dans 2 hôpitaux du GHT, par le travailleur social dans 1 hôpital du GHT, et conjointement dans les 3 autres hôpitaux.

C. Aspects addictologiques et de santé mentale

Tableau 10 - Soutien psychologique

	Effectif	Proportion n	IC 95%
Systématique	1	16,67%	[0,42% ; 64,12%]
Non proposé	1	16,67%	[0,42% ; 64,12%]
A la demande	4	66,67	[22,28% ; 95,67%]

Le soutien psychologique n'est jamais proposé dans un hôpital du GHT tandis qu'il est systématiquement proposé dans un autre centre hospitalier. Dans 4 hôpitaux, l'organisation d'un soutien psychologique est possible mais mis en place uniquement à la demande de la victime.

Tableau 11 - Dépistage du risque suicidaire

	Effectif	Proportion n	IC 95%
Systématiquement	2	33,33%	[4,33% ; 77,72%]
Au cas par cas	3	50%	[11,81% ; 88,19%]
Jamais	1	16,67%	[0,42% ; 64,12%]

A la question « le risque suicidaire est-il recherché ? », un hôpital déclare ne jamais l'évaluer auprès d'une victime de violences conjugales, deux hôpitaux l'évaluent de manière systématique tandis que trois hôpitaux déclarent son évaluation non systématique et seulement réalisée « au cas par cas ».

Tableau 12 - Dépistage des consommations à risque

	Effectif	Proportio n	IC 95%
Systématiquement	2	33,33%	[4,33% ; 77,72%]
Au cas par cas	1	16,67%	[0,42% ; 64,12%]
Jamais	3	50%	[11,81% ; 88,19%]

Concernant les problématiques addictologiques et de consommations à risque, deux services d'urgences déclarent aborder systématiquement cette thématique auprès d'une victime de violences conjugales, un service d'urgences déclare le faire non systématiquement et seulement « au cas par cas » tandis que la moitié des hôpitaux du GHT n'évalue jamais cette problématique.

D. Aspects sociaux

Tableau 13 - Réalisation d'un entretien social

	Effectif	Proportion n	IC 95%
Systématique	1	16,67%	[0,42% ; 64,12%]
Jamais	1	16,67%	[0,42% ; 64,12%]
A la demande	4	66,67	[22,28% ; 95,67%]

L'entretien **demande** social est réalisé systématiquement dans un hôpital du GHT alors qu'il n'est jamais réalisé dans un autre hôpital du GHT. Il est réalisé « à la demande » (situations particulières à l'appréciation de l'équipe soignante) dans quatre services d'urgences du GHT.

Tableau 14 - Interrogatoire sur la présence d'enfants

	Effectif	Proportion n	IC 95%
Travailleur social	2	33,33%	[4,33% ; 77,72%]
Médecin urgentiste	1	16,67%	[0,42% ; 64,12%]
Non systématique	3	50%	[11,81% ; 88,19%]

La présence d'enfants au domicile n'est pas recherchée systématiquement dans trois hôpitaux du GHT. Cet élément est recherché systématiquement par le travailleur social dans deux hôpitaux et systématiquement par le médecin urgentiste dans un hôpital du GHT.

Tableau 15 - Hébergement hospitalier à but social

	Effectif	Proportion n	IC 95%
Non prévu et difficile	2	33,33%	[4,33% ; 77,72%]
Prévu et possible	1	16,67%	[0,42% ; 64,12%]
Non prévu mais possible	3	50%	[11,81% ; 88,19%]

A la question « en cas de danger pour la victime et en l'absence de solution de relogement sécuritaire », deux hôpitaux du GHT répondent que l'hébergement temporaire n'est pas prévu et qu'il sera difficile de pouvoir le proposer à la victime. Un hôpital déclare avoir prévu et rendu possible cette situation, tandis que trois des six hôpitaux du GHT déclarent que cette situation n'est pas prévue mais qu'il devrait être possible de pouvoir proposer un hébergement hospitalier temporaire à but social à la victime.

Tableau 16 - Distribution d'une brochure d'informations

	Effectif	Proportion	IC 95%
Non	2	33,33%	[4,33% ; 77,72%]
Oui	4	66,67%	[22,28% ; 95,67%]

Une brochure d'informations (coordonnées des associations de victimes, du service social de l'hôpital, réponses aux questions les plus fréquentes...) est distribuée à la victime dans quatre hôpitaux du GHT tandis que ce document n'existe pas dans deux hôpitaux.

Tableau 17 - Partenariat avec les acteurs associatifs

	Effectif	Proportion	IC 95%
Non	3	50%	[11,81% ; 88,19%]
Oui	3	50%	[11,81% ; 88,19%]

La moitié des hôpitaux interrogés collaborent régulièrement avec des associations de victimes du secteur (réorientation de patients, distribution de documentation...).

Aucun hôpital interrogé ne déclare disposer d'un item « antécédents de violences conjugales » dans le dossier patient.

E. Auto-évaluation

Il a été demandé aux chefs de service d'évaluer leur ressenti face à quatre aspects de la prise en charge dans leur service en attribuant une note entre zéro et dix (zéro pour très insuffisant et dix pour excellent) puis d'évaluer objectivement la qualité de prise en

charge globale d'une victime de violences conjugales au sein de leur service d'urgences.

Tableau 18 - Auto-évaluation de la prise en charge des services

Item	Minimum	Maximum	Moyenne	Médiane	Ecart-type
Maitrise des aspects juridiques	5	8	6	5,5	1,26
Rédaction d'un CMI	1	8	5	5	2,45
Fixation d'une ITT	0	8	4,33	4,5	3,01
Signalement judiciaire	1	6	4,5	5	1,87
Prise en charge globale	5	8	5,5	5	1,22
<i>Echelle de 0 à 10</i>					

L'item « maitrise des aspects juridiques » bénéficie de la meilleure note avec une moyenne à 6/10, une note médiane à 5,5/10 et un écart-type de 1,26.

L'item « fixation de l'ITT » bénéficie de la moins bonne note avec une note moyenne à 4,33/10, une note médiane à 4,5/10 et un écart-type à 3,01.

La « prise en charge globale » bénéficie d'une notation de 5,5/10 en moyenne avec une note médiane à 5/10 et un écart-type de 1,22.

4. DISCUSSION

A. Objectif et structure de l'étude

Ce travail descriptif permet de faire un état des lieux des pratiques actuelles dans les hôpitaux du secteur afin de guider une éventuelle généralisation du protocole que nous avons construit au centre hospitalier du Cateau-Cambrésis.

Les effectifs inclus dans cette étude descriptive étant assez faibles les résultats manquent de précision statistique avec pour conséquence des intervalles de confiance larges. Il paraît donc pertinent d'analyser les valeurs absolues des effectifs plutôt que des pourcentages d'effectifs.

B. Organisation des services d'urgences face aux violences conjugales

Cette étude permet d'émettre des hypothèses sur des axes d'amélioration possibles pour les services d'urgences interrogés.

Du fait de son manque de puissance, elle ne permet pas de tirer de conclusion mais montre l'hétérogénéité des prises en charge actuelles au sein du GHT. Les réponses sont très disparates selon les services et il n'existe pas d'uniformité dans les prises en charge.

Nous pouvons nous demander si l'accueil des victimes de violences conjugales est une préoccupation importante : seulement deux services d'urgences sur six ont un protocole préétabli pour l'accueil des victimes de violences conjugales et un seul centre hospitalier du GHT a bénéficié récemment d'une action d'information et de sensibilisation à destination des professionnels de santé.

C. Aspects médico-légaux

Concernant le dépôt de plainte simplifié, celui-ci est encore impossible dans cinq des six services d'urgences du GHT. Or, ce dispositif était une mesure majeure annoncée par le Premier Ministre lors du dernier Grenelle des violences conjugales [37] et nous savons qu'il est primordial de pouvoir proposer aux victimes un dépôt de plainte le plus précoce possible. Nous pensons que ce dispositif n'est pas encore déployé car sa mise en place est relativement fastidieuse et chronophage (convention avec les tribunaux de proximité, partenariat avec les services d'enquête...). Il se peut également qu'il y ait un manque de volonté de certains soignants pour mettre en place ce dépôt de plainte simplifié notamment s'ils estiment que cela n'est pas de leur ressort. Enfin, l'utilisation au quotidien du dépôt de plainte simplifié mobilise des ressources humaines précieuses (temps d'accompagnement pour aider au remplissage de la pré-plainte, numérisation et envoi des documents, réception d'éventuelles réquisitions...).

Dans le GHT, le CMI est majoritairement rédigé par les médecins urgentistes (Tableau 7), ce qui est cohérent avec l'organisation en dehors du GHT et avec les données que l'on retrouve dans la littérature [38].

Concernant la détermination de l'ITT, le ressenti des chefs de services interrogés confirme que cet exercice est difficile pour les médecins non légistes. Une étude rétrospective de 2014 du CHU de la Timone à Marseille [39] a permis de recueillir les certificats médicaux avec l'ITT rédigés par les médecins généralistes ou urgentistes et les médecins légistes. Il a été démontré une hétérogénéité des évaluations de l'ITT avec des résultats statistiquement significatifs montrant une différence d'évaluation (pouvant même requalifier les infractions dans un tiers des cas).

Une étude rétrospective du CHU de Lille [40] a comparé les certificats médicaux et durées d'ITT fixées par des médecins légistes de 2012 à 2017 entre l'UMJ de Lille et l'UMJ de Boulogne-sur-Mer et a montré qu'il existait une variabilité inter-centre et intra-centre significatives pour tout traumatisme confondu. Ainsi, l'ITT reste un paramètre subjectif difficilement standardisé, y compris pour les médecins légistes. La promotion de l'utilisation d'un barème indicatif de l'ITT comme celui proposé à l'hôpital de Garches [41] pourrait être un axe d'amélioration afin d'essayer de limiter au maximum ces variations intra-individuelles et interindividuelles.

Concernant la possibilité de recours aux consultations de médecine légale lorsqu'elles n'existent pas en interne, les hôpitaux interrogés attribuent la note moyenne de 2,25/10 ce qui nous laisse penser qu'il existe une difficulté d'accès et un défaut de partenariat avec les unités médico-judiciaires pour les centres hospitaliers interrogés.

L'auto-évaluation des chefs de service donne des notes moyennes entre 4 et 6 sur 10 (sur les 5 items évalués). Nous interprétons ces résultats comme le sentiment pour eux d'être « moyennement à l'aise » face à ces situations, et notamment face aux aspects médico-légaux (rédaction du CMI, règles du signalement judiciaire, fixation de l'ITT...). L'établissement d'un protocole précis pourrait permettre de palier à ce sentiment tout comme la mise en place d'actions de formation ou de sensibilisation à destination des professionnels de santé.

D. Aspects sociaux

Les résultats de cette étude montrent des éléments perfectibles sur la prise en charge sociale.

En effet, deux hôpitaux du GHT déclarent qu'il n'est pas prévu et qu'il sera difficile de mettre à l'abri une victime de violences conjugales en l'hospitalisant, dans l'attente d'une solution de relogement sécuritaire. Même si cet hébergement n'est pas le rôle premier des urgences, cette situation peut se présenter lorsque les lits d'hébergement d'urgence ou du 115 sont saturés.

De plus, la moitié des hôpitaux interrogés ne recherchent pas systématiquement la présence d'enfants co-victimes (directes ou indirectes) et peuvent donc passer outre des situations nécessitant un signalement judiciaire. Cela nous interroge sur l'engagement de la responsabilité du médecin ou du centre hospitalier face à une telle situation. Ce défaut de recherche est problématique car la violence conjugale atteint souvent les enfants : le risque pour les enfants de mère victime de violence d'être eux-mêmes maltraités serait de 6 à 15 fois plus élevé que la population générale [42].

Enfin, il n'existe pas de collaboration ni de partenariat avec les acteurs associatifs dans la moitié des hôpitaux interrogés alors qu'il existe des associations locales présentes autour de chacun des centres hospitaliers [43] et qu'elles peuvent proposer un suivi et une continuité de travail social primordial pour les victimes.

E. Aspects de santé mentale

Le soutien psychologique est proposé systématiquement dans un seul hôpital du GHT. Or, nous savons que plus de deux tiers des victimes de violences subissent un retentissement psychologique [44] notamment à titre d'anxiété ou de trouble du sommeil. Cette symptomatologie peut d'ailleurs être évocatrice d'un état de stress aigu ou d'un état de stress post-traumatique, selon sa durée [45]. Dans les enquêtes de victimes, le retentissement psychologique et l'usage de traitements psychotropes concernait plus des trois quarts des victimes, et majoritairement en cas de violences répétées [46].

L'enquête Evénements de Vie et Santé (EVS) montrait elle aussi une surconsommation de traitements psychotropes chez les femmes victimes de violences par des auteurs connus par rapport à celles qui n'étaient pas victimes ou qui étaient victimes d'auteurs inconnus [47].

Concernant le dépistage des consommations à risque, il n'est jamais réalisé dans la moitié des hôpitaux alors que les problématiques alcoologiques et toxicomaniaques sont intimement liées aux situations de violences conjugales [29] [48].

Enfin, le risque suicidaire est systématiquement dépisté dans un tiers des hôpitaux seulement. Pourtant, il a été largement démontré dans la littérature médicale que les victimes de violences conjugales présentent un risque suicidaire plus élevé que la population générale [49] [50].

F. Limites et points forts de l'étude

Cette étude descriptive a bénéficié d'un recueil de données déclaratif de la part des chefs de services questionnés. Il existe donc un potentiel biais de mesure et un problème de subjectivité des réponses.

Il peut exister aussi une discordance entre les réponses données à certaines questions et ce qui est effectivement effectué au quotidien. En effet, la singularité de chaque soignant et l'absence d'uniformité de l'exercice médical font que les prises en charge sont différentes au sein d'un même service d'urgences. Par exemple, il se peut que le chef de service prétende dépister systématiquement le risque suicidaire d'une victime de violences conjugales, sans que ce soit forcément le cas de ses collègues médecins. Il est alors considéré à tort dans l'étude que le risque suicidaire est systématiquement dépisté dans tel service d'urgences.

Cette étude bénéficie de plusieurs points forts. Premièrement, grâce à plusieurs relances, tous les questionnaires ont été récupérés et le taux de participation final est donc de 100%.

Deuxièmement, ce travail se rapproche d'une étude-pilote qualitative qui pourrait permettre de déployer une seconde étude à plus grande échelle géographique en incluant plus de

centres hospitaliers, ou qualitative en recueillant par exemple les verbatims des chefs de service interrogés sur l'amélioration du parcours patient. Cette enquête montre les thématiques que nous pourrions approfondir. Ainsi, nous pourrions développer davantage la thématique sociale ou de santé mentale qui a montré de nombreux éléments perfectibles et de grandes disparités inter-centres. Nous pourrions aussi essayer d'obtenir des éléments de compréhension de ces disparités et de ces manquements, notamment en enrichissant le questionnaire avec d'autres critères (appariement des réponses sur l'indicateur de défavorisation sociale de l'INSERM, sur les ressources humaines disponibles en intra-centre...).

Enfin, le point fort majeur de ce travail a été la venue le 27 août 2020 de Monsieur le Garde des Sceaux Eric DUPONT-MORETTI pour inaugurer ce parcours-patient aux urgences du Cateau-Cambrésis et plus particulièrement le déploiement du dépôt de plainte simplifié. Monsieur le Garde des Sceaux souhaite prendre notre organisation pour modèle et a clairement évoqué sa volonté de généraliser un tel dispositif sur le plan national. [51] [52] [53]

5. CONCLUSION

L'objectif de notre étude était de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles sur la prise en charge des victimes de violences conjugales. Ce travail nous confirme l'intérêt que pourrait représenter la généralisation d'un protocole commun afin d'homogénéiser les pratiques professionnelles d'une part et éventuellement mutualiser des ressources humaines entre les centres hospitaliers d'autre part (actions de sensibilisation inter-centres, développement d'activité partagée entre les centres hospitaliers comme des consultations de médecine légale, des entretiens psychologiques...).

D'un point de vue personnel, cette étude a conforté ma motivation à vouloir généraliser un protocole commun de prise en charge puisqu'elle m'a confirmé que contrairement à d'autres pathologies bien codifiées médicalement les victimes de violences conjugales ne bénéficiaient pas d'une prise en charge qualitativement identique entre deux centres hospitaliers pourtant voisins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Solidarité Femmes, « Suis-je victime de violences conjugales ? »
<http://www.solidaritefemmes.org/suis-je-victime-de-violences-conjugales>.
- [2] <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/les-chiffres-de-reference-sur-les.html> (Consulté le mars 16, 2020).
- [3] United States, *Report of the United States Delegation to the World Conference on the UN Decade for Women, Equality, Development and Peace, Copenhagen, Denmark*. 1980.
- [4] MIPROF, « MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) ». <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/le-secretariat-d-etat/instances/miprof-mission-interministerielle-pour-la-protection-des-femmes-victimes-de-violences/>.
- [5] Solidaritefemmes.org, « Violences en stats: le 3919 en 2018 ».
<http://www.solidaritefemmes.org/actualites/fnsf-cp-25.11.2019>.
- [6] Gouvernement, « Attribution du label Grande Cause Nationale 2018 ». <https://www.gouvernement.fr/partage/10112-attribution-du-label-grande-cause-nationale-2018>.
- [7] J. C. Campbell et L. A. Lewandowski, « Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children », *Psychiatr. Clin. North Am.*, vol. 20, n° 2, p. 353-374, juin 1997, doi: 10.1016/s0193-953x(05)70317-8.
- [8] J. Lebas, C. Morvant, et P. Chauvin, « Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours », *Bull. Académie Natl. Médecine*, vol. 186, n° 6, p. 949-961, juin 2002, doi: 10.1016/S0001-4079(19)34259-1.
- [9] M. C. Astin, S. M. Ogland-Hand, E. M. Coleman, et D. S. Foy, « Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparisons with maritally distressed women », *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 63, n° 2, p. 308-312, avr. 1995, doi: 10.1037//0022-006x.63.2.308.
- [10] J. M. Golding, « Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis », *J. Fam. Violence*, vol. 14, n° 2, p. 99-132, 1999, doi: 10.1023/A:1022079418229.
- [11] L. H. Parsons, D. Zaccaro, B. Wells, et T. G. Stovall, « Methods of and attitudes toward screening

obstetrics and gynecology patients for domestic violence », *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 173, n° 2, p. 381-387, août 1995, doi: 10.1016/0002-9378(95)90256-2.

[12] M. Nectoux, C. Mugnier, S. Baffert, M. Albagly, et B. Thélot, « Évaluation économique des violences conjugales en France », *Santé Publique*, vol. 22, n° 4, p. 405, 2010, doi: 10.3917/spub.104.0405.

[13] Leveau P, « Urgences sociales, EMC Médecine d'Urgence », avr. 17, 2020.

[14] N. Belorgey, « Les urgences face aux inégalités sociales de santé », *Soins*, vol. 63, n° 825, p. 20-22, mai 2018, doi: 10.1016/j.soin.2018.03.004.

[15] Detavernier Lindsay, « Estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens [Thèse d'exercice de Médecine Générale] ». Faculté de Médecine Henri Warembourg-Lille2, 2018.

[16] L. O'Doherty, K. Hegarty, J. Ramsay, L. L. Davidson, G. Feder, et A. Taft, « Screening women for intimate partner violence in healthcare settings », *Cochrane Database Syst. Rev.*, n° 7, p. CD007007, juill. 2015, doi: 10.1002/14651858.CD007007.pub3.

[17] Dr Muriel Salmona, « Comprendre et prendre en charge l'impact psychotraumatique des violences conjugales pour mieux protéger les femmes et les enfants qui en sont victimes », 2017.

[18] Cécile Morvant, Jacques Lebas, Jean Cabanne, Valérie Leclercq, Pierre Chauvin, « Violences conjugales : repérer et aider les victimes. Revue Prat MG », 2005.

[19] MIPROF, « Outils de formation: violences au sein du couple et violences sexuelles ». <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/outils-de-formation-violences-au.html>.

[20] Fontanel M, Pelloux P, Soussy A., « Définition d'un protocole national pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des femmes victimes de violences », juill. 2014.

[21] Christine BRANCHU et Simon VANACKERE, « Rapport IGAS "La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences: éléments en vue d'une modélisation" ». mai 2017.

[22] <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (Consulté le mars 18, 2020).

[23] Dossier de presse du département du Nord, http://www.nord.gouv.fr/content/download/63706/399277/file/dossier_lutteviolencesfemmes.pdf (consulté le mars 17, 2020).

[24] Réseau Hôpital GHT, « Description du GHT Hainaut-Cambrésis ». <https://www.reseau-hopital-ght.fr/tous-les-ght/ght-du-hainaut-cambresis.html?nentityname=GHT%20DU%20HAINAUT-CAMBRESIS&nid=141-100> (consulté le mai 14, 2020).

[25] INSERM, « Analyse de l'indice de défavorisation sociale (FDep) ». <https://public.opendatasoft.com/explore/dataset/indice-de-defavorisation-sociale-fdep-par-iris/table/?flg=fr>.

[26] Warembourg F, Przybylak A, Delannoy A, Gaud N, Matthews A, Wiel E, « Repérage et prise en charge précoce des victimes de violence conjugale. Procédure interne au Pôle de l'Urgence, CHU de Lille », août 2019.

[27] La Voix du Nord, « Dans le Dunkerquois, au moins une femme est battue par son conjoint tous les jours ». <https://www.lavoixdunord.fr/639444/article/2019-09-18/dans-le-dunkerquois-au-moins-une-femme-est-battue-par-son-conjoint-tous-les> (consulté le sept. 04, 2020).

[28] Haute Autorité de Santé, « Recommandations de Bonne Pratique. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences ». https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_pers

onne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf (consulté le mars 23, 2020).

[29] N. El-Bassel, L. Gilbert, E. Wu, H. Go, et J. Hill, « Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone », *Am. J. Public Health*, vol. 95, n° 3, p. 465-470, mars 2005, doi: 10.2105/AJPH.2003.023200.

[30] L. Gilbert, N. El-Bassel, M. Chang, E. Wu, et L. Roy, « Substance use and partner violence among urban women seeking emergency care », *Psychol. Addict. Behav. J. Soc. Psychol. Addict. Behav.*, vol. 26, n° 2, p. 226-235, juin 2012, doi: 10.1037/a0025869.

[31] Code de Santé Publique, *Article R.4127-44*. .

[32] Egora, « Levée du secret médical lors des violences conjugales ». <https://www.egora.fr/actus-pro/deontologie/60197-levee-du-secret-medical-en-cas-de-violences-conjugales-c-est-vote>.

[33] La Voix du Nord, « Les hôpitaux du Cateau et de Cambrai et les forces de l'ordre s'unissent officiellement contre les violences ».

[34] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R, « Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation Mondiale de la Santé », 2002.

[35] R. N. Garimella, S. B. Plichta, C. Houseman, et L. Garzon, « How physicians feel about assisting female victims of intimate-partner violence », *Acad. Med. J. Assoc. Am. Med. Coll.*, vol. 77, n° 12 Pt 1, p. 1262-1265, déc. 2002, doi: 10.1097/00001888-200212000-00024.

[36] I. Gutmanis, C. Beynon, L. Tutty, C. N. Wathen, et H. L. MacMillan, « Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses », *BMC Public Health*, vol. 7, p. 12, janv. 2007, doi: 10.1186/1471-2458-7-12.

[37] Edouard Philippe, *Discours d'ouverture du Grenelle des Violences Conjugales*. 2019.

[38] Dumoncel d'Argence M, Palluel P, Savall F, Telmon N., « L'incapacité totale de travail dans les certificats médicaux initiaux des médecins de toutes spécialités : étude rétrospective en 2015. Revue de Médecine Légale. », p. 56-60, juin 01, 2017.

[39] Niort F, Delteil C, Bartoli C, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D., « Inhomogénéité des évaluations de durée d'incapacité totale de travail. Comparaison d'évaluations des durées d'incapacité totale de travail entre les médecins légistes, les médecins généralistes et les urgentistes. Médecine Droit. », sept. 2014.

[40] Maxime Théry, « Analyse de l'évaluation de la durée de l'Incapacité Totale de Travail pour des traumatismes du membre supérieur dans deux unités médico-judiciaires du Nord et du Pas-de-Calais. Etude rétrospective de 2012 à 2017 », Faculté de Médecine Henri Warembourg-Lille2, 2019.

[41] Geoffroy Lorin de la Grandmaison, Michel Durigon, « Incapacité totale de travail: proposition d'un barème indicatif. La revue du praticien, Médecine Générale. Tome 20. », janv. 2006.

[42] R. J. Wright, R. O. Wright, et N. E. Isaac, « Response to battered mothers in the pediatric emergency department: a call for an interdisciplinary approach to family violence », *Pediatrics*, vol. 99, n° 2, p. 186-192, févr. 1997, doi: 10.1542/peds.99.2.186.


[43] Département du Nord, « Violences conjugales: coordonnées utiles du département du Nord ». http://www.nord.gouv.fr/content/download/58526/371585/file/livret_commun_2020_version_numérique.pdf (consulté le mai 29, 2020).

[44] Pauline LEFEBVRE, « Violences faites aux femmes dans le Pas-de-Calais. Etude prospective - UMJ de Boulogne-sur-Mer », Faculté de Médecine Henri Warembourg-Lille2, 2018.

- [45] Lamy C, Dubois F, Jaafari N, Carl T, Gaillard P, Camus V, et al., « Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique », août 2009, Consulté le: mai 20, 2020. [En ligne].
- [46] Saurel Cubizolles M-J, « Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000 ». Consulté le: mai 19, 2020. [En ligne].
- [47] Beck F, Cavalin C, Maillochon F (D.R.E.E.S.), « Violences et santé en France : état des lieux. Paris: La documentation française », Paris, 2010.
- [48] D. Brookoff, K. K. O'Brien, C. S. Cook, T. D. Thompson, et C. Williams, « Characteristics of participants in domestic violence. Assessment at the scene of domestic assault », *JAMA*, vol. 277, n° 17, p. 1369-1373, mai 1997.
- [49] F. Kavak, Ü. Aktürk, A. Özdemir, et A. Gültekin, « The relationship between domestic violence against women and suicide risk », *Arch. Psychiatr. Nurs.*, vol. 32, n° 4, p. 574-579, 2018, doi: 10.1016/j.apnu.2018.03.016.
- [50] P. V. Indu, S. Remadevi, K. Vidhukumar, P. M. Shah Navas, T. V. Anilkumar, et N. Subha, « Domestic Violence as a Risk Factor for Attempted Suicide in Married Women », *J. Interpers. Violence*, p. 886260517721896, août 2017, doi: 10.1177/0886260517721896.
- [51] La Voix du Nord, « La prise en charge des victimes de violences conjugales au CH du Cateau, un modèle salué par Éric Dupond-Moretti ». <https://www.lavoixdunord.fr/856710/article/2020-08-27/lutte-contre-les-violences-conjugales-eric-dupont-moretti-est-arrive-au-cateau>.
- [52] FranceBleu.fr, « Lutte contre les violences conjugales : le ministre de la justice veut étendre les "idées simples" ». <https://www.francebleu.fr/infos/societe/lutte-contre-les-violences-conjugales-le-ministre-de-la-justice-veut-etendre-les-idees-simples-1598555131>.
- [53] Actualités Orange, « Eric Dupond-Moretti salue la prise en charge des violences conjugales au CH du Cateau-Cambrésis ». <https://actu.orange.fr/societe/videos/eric-dupond-moretti-salue-la-prise-en-charge-des-violences-conjugales-au-ch-du-cateau-cambresis-CNT000001sMH7G.html>.




Annexes

Annexe 1 - Protocole mis en place aux urgences du Cateau-Cambrésis


	PROCEDURE	Référence : PROC PEC 111 Version : 01
	PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES	Création : Mai 2020 Révision :
Mots clés : violences conjugales		Page 1 sur 6

Destinataires :

SERVICE DE SOINS	SERVICE HORS SOINS	EXTERIEURS
ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER ADDICTOLOGIE MCO ET SSR CAMSP CSAPA HOPITAL DE JOUR ADDICTOLOGIE CSG - MEDECINE POLYVALENTE EHPAD ESPACE SANTE LSC MATERNITE PLATEFORME D'ACCOMPAGNEMENT ET DE REPIT SERVICE SOCIAL SSR POLYVALENT UHR URGENCES - UHCD	AFFAIRES JURIDIQUES AFFAIRES MEDICALES DIRECTION GESTION DES RISQUES QUALITE	

	Rédaction	Validation	Approbation
Prénom, Nom et Fonction	B. PAULE Médecin urgentiste	C. DREYFUS Sage-femme, référente violences conjugales S. BRULE Directrice des soins, qualité et gestion des risques B. CYMERMAN Directeur des soins adjoint C. NOBECOURT Chef de département Marchés publics, Affaires juridiques	Dr R. LECOMTE Chef de service urgences - UHCD Dr J. DEGREMONT Chef de pôle urgences médecine Dr I. FALMATA Chef de service maternité Dr JM. BUZIAU Chef de pôle mère-enfant Dr V. COLELLA Président de CME I. MINNE Directrice déléguée
Date	03/04/2020	2/07/20 03/07/20	2/7/20
Visa			



	PROCEDURE	Référence : PROC PEC 111 Version : 01
	PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES	Création : Mai 2020 Révision :
Mots clés : violences conjugales		Page 2 sur 6

1. OBJET

Cette procédure définit la conduite à tenir face à une victime de violences conjugales dès son admission aux urgences. Cette conduite à tenir peut également être appliquée dans tout service dès lors qu'un soignant repère une situation de violence conjugale.

2. DOMAINE D'APPLICATION

Tout service

3. PERSONNES CONCERNEES

Tout professionnel de santé

4. FREQUENCE

À chaque situation

5. DESCRIPTION DU PROCESSUS

a) Contexte:

Définition : Les violences conjugales sont définies comme celles qui s'exercent à l'encontre d'un conjoint ou d'un concubin, que le couple soit marié, lié par un PACS, en concubinage ou même séparé. Il peut s'agir de violences physiques, verbales, sexuelles, économiques ou psychologiques.


La prise en charge des victimes de violences conjugales est un véritable enjeu de santé publique, elle doit être pluri-disciplinaire et implique tous les acteurs soignants. Chaque agent est susceptible de pouvoir repérer ces situations à n'importe quelle étape de la prise en charge.

Le médecin référent du service concerné doit être informé afin de mettre en place les actions nécessaires. En cas de besoin, les référents internes peuvent être sollicités également. (Cf. **point « e »**).

L'objectif est de permettre une prise en charge globale: somatique, psychologique, sociale, psychiatrique, de coordonner les ressources intra-hospitalières et de renforcer la collaboration avec les partenaires extra-hospitaliers (partenaires médicaux, forces de l'ordre, partenaires judiciaires, acteurs associatifs...)

b) Déclenchement de la procédure de prise en charge :

- Dès la zone d'accueil et d'orientation si le motif de violences conjugales est clairement exprimé (exemple: un ou une patient(e) se présente spontanément, ou sur réquisition, pour obtenir un certificat médical initial suite à des violences conjugales)
- A toute étape de la prise en charge, lorsqu'un(e) patient(e) ne vient pas pour une situation de violences conjugales mais dès lors qu'un soignant repère cette situation et après accord de la patiente.

	PROCEDURE	Référence : PROC PEC 111 Version : 01
	PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES	Création : Mai 2020 Révision :
Mots clés : violences conjugales		Page 3 sur 6

c) Lieu:


L'examen médical est effectué dans un box de consultation aux urgences. L'entretien social et/ou psychologique doit avoir lieu préférentiellement dans un lieu calme et tranquille (ex: bureau médical, bureau des assistantes sociales...).

d) La prise en charge :

- Aux urgences, la prise en charge est d'abord somatique. Dans la mesure du possible, le médecin est accompagné par un(e) infirmier(e) ou aide-soignant(e) du service. Au cours de l'examen, le médecin urgentiste recherche la nécessité d'un recours gynécologique (violences sexuelles) ou d'un recours psychiatrique (risque suicidaire). L'examen médical aboutit à la rédaction d'un certificat médical initial et détermine une éventuelle ITT. Une copie du certificat est systématiquement gardée dans le dossier.

En heures ouvrées, l'assistante sociale des urgences est sollicitée pour :

- Bilan de la situation sociale et familiale
- Recherche de la présence d'enfants au domicile
- Réponse aux éventuelles questions sur la situation financière, les logements d'urgence, les démarches administratives
- Proposition d'un soutien psychologique avec l'infirmière de psychiatrie de liaison joignable au **06.10.44.10.81** (peut se déplacer en heures ouvrables à la demande, ou à défaut reconvoque le ou de la patient(e) dans les 24h pour l'entretien). Au besoin, les psychologues du service d'addictologie peuvent être sollicités aux heures ouvrables.
- Proposition d'une consultation addictologique en cas de comportements à risque
- Si le ou la patient(e) accepte une prise en charge psychologique et/ou addictologique, une prescription médicale sera établie.
 - Transmission des coordonnées d'associations d'aides aux victimes (**SOLVEIG**),
Service SOLVEIG – Association HAVRE
13, rue du Chemin Vert
59360 Le Cateau-Cambrésis
06 69 63 21 54
referenteviolenceconjugale.havre@orange.fr
 - Si accord du ou de la patient(e) transmission de ses coordonnées à l'association.
 - Proposition d'un contact téléphonique ultérieur pour le suivi

	PROCEDURE	Référence : PROC PEC 111 Version : 01
	PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES	Création : Mai 2020 Révision :
Mots clés : violences conjugales		Page 4 sur 6

Si des enfants sont présents au domicile, une information préoccupante est systématiquement effectuée. S'il existe un danger potentiel ou avéré pour les enfants, un signalement aux autorités judiciaires est effectué en urgence. (Cf. **ENG PEC 371** : Signalement judiciaire).

Durant les périodes non-ouvrées: ces informations sont données par le médecin urgentiste (dont la recherche d'enfants co-victimes et la nécessité de signalement). En cas de sortie de l'hôpital, la victime est informée qu'avec son accord, ses coordonnées sont transmises au service social de l'hôpital pour qu'un contact soit établi ultérieurement.

Si la victime n'a pas de solution de logement sécuritaire, un hébergement temporaire est proposé en UHCD en attendant de trouver une solution avec le service social et/ou les associations du secteur. Si la victime est accompagnée de ses enfants, et qu'aucune solution de logement sécuritaire immédiat ne peut être proposée, un hébergement temporaire sera proposé en maternité (si le service ne dispose pas d'une capacité d'accueil suffisante, un accueil sera proposé dans un autre service au sein du CH, après concertation médicale et selon l'âge des enfants).

Les différents entretiens aux Urgences doivent inciter la victime au dépôt de plainte.

e) Cas spécifique des violences sexuelles :

En cas de violences sexuelles, un examen par un médecin légiste est absolument indispensable.

Une prise en charge somatique de la victime (sans examen gynécologique) est effectuée aux urgences avec prise en charge du risque d'exposition aux virus et IST bactérienne. Un certificat de coups et blessures (bras et jambes) est rédigé par le médecin urgentiste, sans fixation d'ITT, et en inscrivant que l'expertise d'un médecin légiste est nécessaire.

Si une réquisition a été établie envers un médecin du CH du Cateau pour effectuer des prélèvements biologiques sur une victime de violences sexuelles, **la réquisition peut être refusée. Il faut suggérer aux forces de l'ordre la réquisition du médecin légiste de Saint Quentin en appelant l'UMJ au 03.23.06.71.02 pour obtenir le nom du légiste d'astreinte.**

La victime doit de préférence être réorientée vers le CH de Saint-Quentin qui est en capacité d'effectuer un examen gynécologique et légiste en dualité.


Si la gendarmerie ne peut procéder au transport de la victime, le service des urgences procédera à l'organisation du transfert via notre société d'ambulances.

f) Référents joignables en interne en cas de questions ou difficultés :

Benjamin PAULE ou Romain LECOMTE aux Urgences

Claire DREYFUS en Maternité

Le service juridique : 68.45 ou 66.65

	PROCEDURE	Référence : PROC PEC 111 Version : 01
	PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES	Création : Mai 2020 Révision :
Mots clés : violences conjugales		Page 5 sur 6

g) Particularités des mineurs

Une procédure concernant le mineur en danger ou en risque de l'être est en place au sein de l'établissement. (Cf. **PROC PEC 094** : Signalement d'un mineur en danger).

6. DOCUMENTS DE REFERENCE

Aucun

7. DOCUMENTS ASSOCIES


ENG PEC 371 : Signalement judiciaire

ENG PEC 400 : Dépôt de plainte simplifié

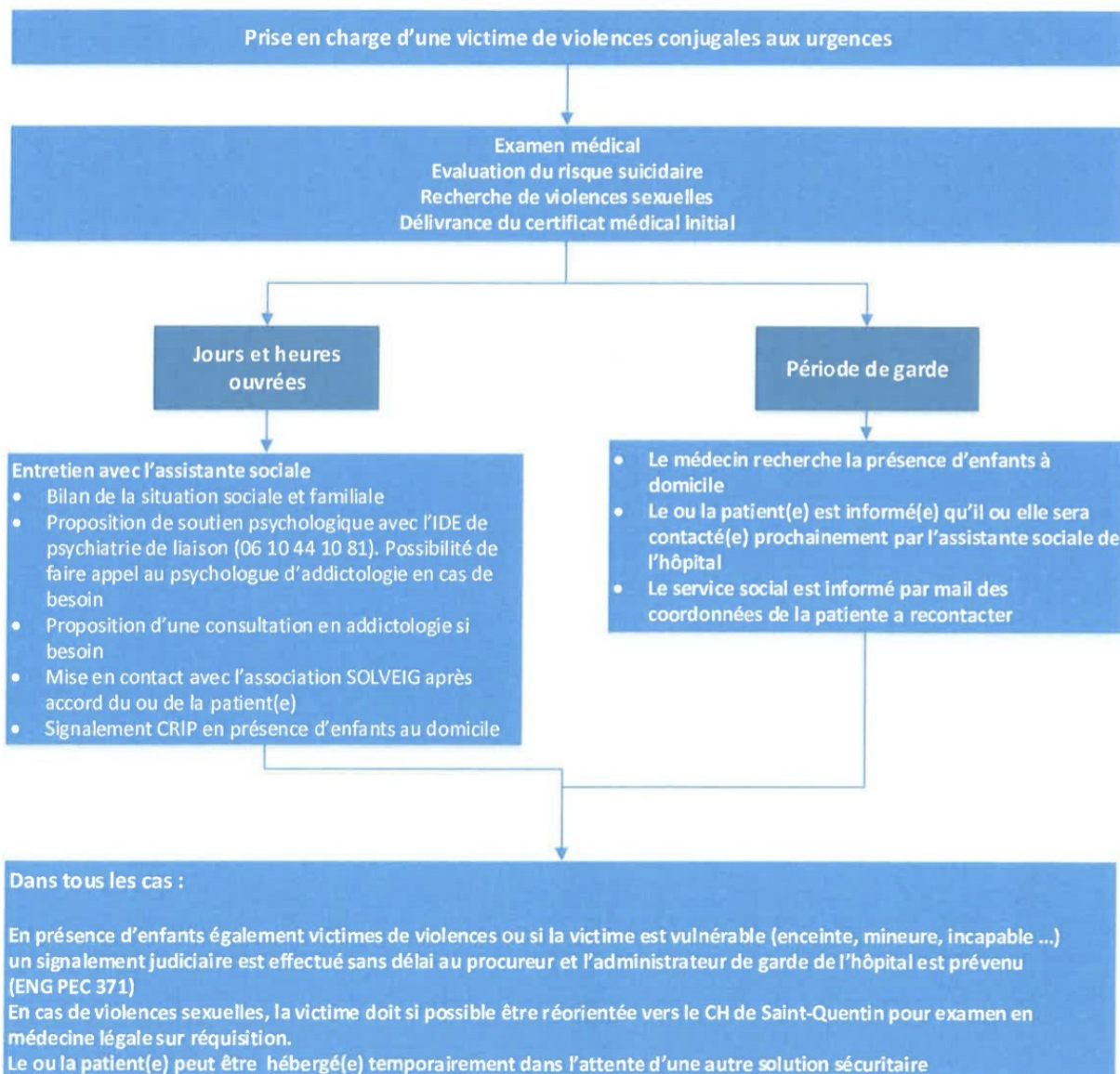
PROC PEC 094 : Signalement d'un mineur en danger

8. DOCUMENTS EN ANNEXES

Annexe n° 1 : Algorithme décisionnel

	PROCEDURE	Référence : PROC PEC 111
	PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES	Version : 01 Création : Mai 2020 Révision :
Mots clés : violences conjugales		Page 6 sur 6

Annexe n°1 : Algorithme décisionnel



Annexe 2 - Modèle de Certificat Médical Initial (recommandations HAS)

Modèle de certificat médical initial sur demande spontanée de la victime

**Ce certificat doit être remis à la victime uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé,
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).
Un double doit être conservé par le médecin signataire.**

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____¹, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,

en présence de son représentant légal³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Il/Elle déclare⁴ « avoir été victime d'une agression _____, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) _____ ».

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires (_____)⁵ ont été prescrits et ont révélé _____⁶.

Un avis spécialisé complémentaire (_____)⁷ a été sollicité et a révélé _____⁸.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi⁹.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »¹⁰.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications¹¹.

Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____², à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹ et remis en main propre.

Signature¹² et cachet
d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.

Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

⁵ Mentionner les examens complémentaires réalisés.

⁶ Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.

⁷ Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.

⁸ Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.

⁹ À mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.

¹⁰ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

¹¹ La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer.

¹² Signature à la main obligatoire.

Annexe 3 - Outil RUD (dépistage du risque suicidaire)

1) Risque		
Facteurs de risque primaires (I)	Facteurs de risque secondaires (II)	Facteurs de risque tertiaires (III)
<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs les plus importants • Ont valeur d'alarme • Non présents en temps normal • Valides individuellement • Influencés par la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de la « vie courante » pour certains • N'ont pas valeur d'alarme • Valides statistiquement seulement • Peu influencés par la prise en charge • Intérêt associés aux facteurs I 	<ul style="list-style-type: none"> • Événements naturels (on n'y échappe pas !) • N'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs I et II
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trouble psychiatrique aigu : dépression, intoxication alcoolique... ✓ Communication d'une intention suicidaire ✓ Antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires ✓ Propension à l'impulsivité, l'agressivité, ou la violence 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pertes parentales précoces ✓ Traumatismes et abus durant l'enfance ✓ Isolement social, affectif ✓ Problèmes financiers, chômage ✓ Événements de vie négatifs significatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sexe masculin ✓ Adolescence ✓ Sénescence ✓ Période prémenstruelle ✓ Saison de l'été
2) Urgence		
<i>Avez-vous des idéations suicidaires ?</i>		
Fréquence : Combien de fois y avez-vous pensé ?		
Durée : Lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ?		
Éléments dissuasifs : Y a-t-il des choses qui vous ont empêché de penser/de mettre à exécution vos pensées ?		
Où, Quand, Comment envisagez-vous de vous suicider ?		
3) Dangerosité		
Avez-vous accès à un moyen léthal ?		
Accessibilité du moyen		
Létalité du moyen envisagé		



Signalement judiciaire: Mode d'emploi

Intérêt d'un signalement: Alerter l'autorité judiciaire sans délai devant la constatation de violences sur une personne mineure ou vulnérable (obligation déontologique du médecin, possibilité pénale par soustraction au secret médical).

Signaler au TGI compétent suivant l'endroit où ont eu lieu les faits, ou à défaut suivant le lieu d'habitation de la victime (en cas d'erreur, le TGI transmettra au TGI compétent mais cela rallonge le délai de traitement).

En cas de doute, possibilité de vérifier facilement sur internet quel TGI est compétent sur chaque commune.

Les informations utiles pour un signalement:

- nom, qualité et coordonnées de la personne effectuant le signalement
- nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale et coordonnées de la victime
- description des faits supposés et si possible; adresse où ont eu lieu les faits supposés
- si possible; nom, prénom, date et lieu de naissance de la personne ayant commis les faits supposés de violence

Garder une trace du signalement dans le dossier médical (impression d'e-mail par exemple), et demander un accusé de réception ou confirmation de lecture à l'e-mail.

Signalement au Tribunal Judiciaire de Cambrai:

Adresse mail de « traitement en temps réel », relevée toutes les 2 heures en journée y compris le WE:

ttr.tj-cambrai@justice.fr

Numéro du substitut de permanence: **06.76.84.56.72** (joignable en journée de semaine et de week-end, et la nuit pour les extrêmes urgences).

En nuit profonde et sans extrême urgence, possibilité de faire un mail et éventuellement d'informer le 17 qui est en lien avec le parquet.

Signalement au Tribunal Judiciaire d'Avesnes-sur-Helpe:

Adresse mail de « traitement en temps réel », relevée toutes les 2-3 heures en journée y compris le WE:

ttr.tj-avesnes-sur-helpe@justice.fr

Numéro du substitut de permanence pour les signalements urgents **03.27.57.78.04** (24h/24h)

Signalement au Tribunal Judiciaire de Saint-Quentin:

Adresse mail de « traitement en temps réel », relevée toutes les 2-3 heures en journée y compris le WE:

ttr.tj-st-quentin@justice.fr

Substitut de permanence pour les signalements urgents: **03.23.05.89.13** (24h/24)

Questionnaire de thèse

A destination des services d'Urgences du GHT Hainaut-Cambrésis

« Evaluation des pratiques : Prise en charge des victimes de violences conjugales »

Questionnaire totalement anonymisé dans l'étude afin de favoriser des réponses les plus objectives possibles.

Une seule réponse par question, annotations et commentaires possibles en parallèle

Nombre de passages annuels aux Urgences (tous motifs confondus) : _____

- 1) Dans votre hôpital, existe-t-il un protocole spécifique de prise en charge des victimes de violences conjugales aux Urgences ?
 - Oui
 - Non

- 2) Connaissez-vous les recommandations établies par l'IGAS en matière de prise en charge des victimes de violence conjugale ?
 - Oui
 - Non

- 3) Existe-t-il un référent « violences conjugales » clairement identifié aux Urgences ?
 - Oui
 - Non

- 4) L'équipe soignante a-t-elle bénéficié d'une séance d'information ou de sensibilisation à cette thématique (par des référents « violences conjugales », associations partenaires, travailleurs sociaux, psychologues...)
 - Oui, récemment
 - Oui, il y a plusieurs années
 - Non, cela n'a pas encore été mis en place

- 5) Concernant le « Certificat Médical Initial » :
 - Il est rédigé par l'urgentiste avec fixation de l'ITT
 - Il est rédigé par l'urgentiste sans fixation de l'ITT, qui sera déterminée ultérieurement par un médecin légiste
 - Il est rédigé par le médecin légiste aux heures ouvrables

- 6) S'il existe des consultations de médecine légale au sein de votre hôpital, comment noteriez-vous entre 0 et 10 la facilité d'accès à une consultation de médecine légale pour votre patient ? (0 impossible à 10 extrêmement facile) : _____

- 7) Si votre hôpital ne dispose pas de service de médecine légale, comment noteriez-vous entre 0 et 10 la facilité d'accès à une consultation de médecine légale pour votre patient ? (0 impossible à 10 extrêmement facile) : _____
- 8) Concernant l'entretien social aux Urgences :
- Il est systématiquement proposé
 - Cela n'est pas défini, nous sollicitons un travailleur social uniquement au cas par cas
 - Il n'est pas effectué
- 9) La présence d'enfants au domicile est recherchée :
- Systématiquement, par l'urgentiste
 - Systématiquement, par le travailleur social
 - Pas systématiquement, au cas par cas
 - Rarement
- 10) En cas de nécessité de signalement judiciaire, il est effectué :
- Par l'urgentiste
 - Par le travailleur social
- 11) Un soutien psychologique est proposé :
- Systématiquement
 - Uniquement si la patiente le demande
 - Non proposé actuellement
- 12) Le risque suicidaire est recherché :
- Systématiquement
 - Au cas par cas
 - Non recherché actuellement
- 13) Les addictions et comportements à risques sont recherchés :
- Systématiquement
 - Au cas par cas
 - Non recherchés actuellement
- 14) En cas de danger pour la victime et en l'absence d'autre solution de relogement sécuritaire :
- Il est clairement prévu qu'une hospitalisation est possible pour hébergement social
 - Cette situation n'est pas prévue, mais un hébergement social devrait être possible au sein de l'hôpital
 - Cette situation n'est pas prévue et il sera difficile de proposer un hébergement social à la victime au sein de l'hôpital
- 15) Un dépôt de plainte simplifié est possible aux Urgences :
- Oui
 - Non
- 16) Une brochure d'informations avec des coordonnées utiles est remise aux victimes :

- Systématiquement
- Occasionnellement
- Ce document n'existe pas dans mon établissement

17) Dans le dossier médical, il existe un item « antécédent de violences conjugales » qui permet au médecin d'être plus vigilant lors des consultations ultérieures :

- Oui, cet item est présent et il est utilisé
- Oui, cet item est présent mais n'est pas utilisé
- Non, cet item n'existe pas

18) Travaillez-vous avec une association d'aide aux victimes (documentation dans le service, mise en contact avec les victimes, sensibilisations aux équipes...)

- Oui
- Non

19) D'une manière générale, comment noteriez-vous votre ressenti professionnel face aux violences conjugales (0 pas à l'aise du tout - 10 parfaitement à l'aise) :

- Maîtrise des aspects juridiques : _____
- Rédaction du Certificat Médical Initial : _____
- Fixation de l'ITT : _____
- Signalement judiciaire (motifs, procédé...) _____

20) Quelle note objective attribueriez-vous à la qualité de prise en charge des victimes de violence conjugale au sein de votre hôpital ? (0 très insuffisant à 10 excellent) : _____

AUTEUR : PAULE Benjamin

Date de soutenance : Jeudi 5 novembre 2020

Titre de la thèse : Victimes de violences conjugales aux Urgences : création d'un parcours de soins personnalisé au centre hospitalier du Cateau-Cambrésis et évaluation des pratiques professionnelles dans le GHT du Hainaut-Cambrésis

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement + DES: Médecine d'Urgence

Mots-clés : violences conjugales, urgences, médecine légale

Résumé :

Contexte : Mise en place un protocole de prise en charge des victimes de violences conjugales au sein des urgences du centre hospitalier du Cateau-Cambrésis. Désormais, une prise en charge pluridisciplinaire est effectuée selon les recommandations en vigueur. Ensuite un état des lieux des pratiques actuelles dans les centres hospitaliers voisins a été réalisé afin d'étudier la possibilité d'une généralisation de ce protocole.

Matériels et Méthode : Evaluation des pratiques professionnelles au sein des six services d'urgences du GHT du Hainaut-Cambrésis à l'aide d'un questionnaire comportant une vingtaine d'items sur des critères sociaux, de santé mentale ou encore médico-légaux. De plus, une auto-évaluation du ressenti des chefs de service sur plusieurs aspects de la prise en charge de ces victimes a été réalisée en complément.

Résultats : Il existe une hétérogénéité des pratiques sur des critères organisationnels (absence de protocole dans quatre hôpitaux sur six), sociaux (entretien social non systématique, défaut de partenariat avec les acteurs associatifs), médico-légaux (dépôt de plainte simplifié impossible dans cinq hôpitaux sur six) ou de santé mentale (dépistage addictologique inexistant dans la moitié des hôpitaux, soutien psychologique jamais proposé dans un hôpital).

Conclusion : Il existe un manque d'uniformité des prises en charge entre les différents centres hospitaliers du GHT du Hainaut-Cambrésis. Notre étude souligne différents axes d'amélioration possibles dont la généralisation d'un protocole commun

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Valéry HÉDOUIN

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Romain LECOMTE