



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Dépistage systématique des violences conjugales aux urgences :
impact d'une sensibilisation des médecins.**

Présentée et soutenue publiquement le 8 octobre 2025 à 18 heures
au Pôle Recherche
par **Marie RODRIGUES GREGORIO**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Madame le Docteur Frédérique WAREMBOURG

Madame le Docteur Armeline TILMANT

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Juliette BOUQUILLON

AVERTISSEMENT :

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

ABREVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé

IAO : Infirmier(e) d'accueils et d'Orientation

INSEE : Institut National de la Statistique et Études Économiques

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

RAD : Retour à Domicile

SAU : Service d'Accueil des Urgences

THC : Tétrahydrocannabinol

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VC : Violences Conjugales

TABLE DES MATIERES

1) INTRODUCTION	10
I. Violences conjugales	10
i. Définitions	10
ii. Épidémiologie des violences conjugales	12
iii. Les différents types de violence	13
iv. Le cycle de la violence	15
v. Les conséquences économiques de l'utilisation de soins	16
vi. Juridiction	17
II. Dépistage des violences conjugales par les professionnels de santé	20
i. Responsabilité des médecins et soutien institutionnel	20
ii. Le point de vue des patientes sur le dépistage des VC	22
iii. Les freins au dépistage	23
iv. Les aides au dépistage	23
v. La place du dépistage aux urgences	26
vi. Le cocon	27
III. Rationnel de l'étude	28
2) MATERIEL ET METHODE	29
I. Type d'étude	29
II. Objectifs	29
III. Populations étudiées	30
i. Les patientes :	30
ii. Les soignants :	30
IV. Déroulé de l'étude :	31
V. Collection des données :	32
VI. Analyses statistiques :	35
VII. Cadre réglementaire et éthique :	36
i. Conformité éthique	36
ii. Conformité juridique	36
3) RESULTATS	37
I. Ressenti des soignants face aux questionnaire	49
4) DISCUSSION	53
5) CONCLUSION	60
6) ANNEXES	61
7) BIBLIOGRAPHIE	69

1) INTRODUCTION

La violence à l'encontre des femmes représente un enjeu sociétal majeur à l'échelle mondiale. Selon un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (1), on estime que dans le monde 35% des femmes, soit plus d'une femme sur trois, indique avoir été exposée à des violences physiques ou sexuelles.

En ce qui concerne les données en France, selon un rapport de la HAS, mis à jour en 2020 (2), en moyenne 219 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur ancien ou actuel partenaire intime, au cours d'une année, soit 25 victimes par heure.

Selon l'observatoire national des violences faites aux femmes en 2022 (3), en moyenne sur un an, le nombre de femmes âgées de 18 à 74 ans qui sont victimes de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques, commises par leur conjoint ou ex-conjoint, est estimé à 321 000 femmes.

I. Violences conjugales

i. Définitions

L'OMS propose de définir la violence comme (4) « La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations ».

L'ONU, en 2013 dans la « Déclaration sur l'élimination de la violence faite aux femmes » (5), définit la violence envers les femmes comme étant « tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologique, et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la sphère publique ou dans la vie privée. »

La HAS propose une définition de la violence au sein du couple comme (2) « des actes de violence entre partenaires intimes quel que soit le type de relation, hétérosexuelle ou homosexuelle. Elle peut donc être vécue dans une relation maritale, extra-maritale ou amoureuse, pendant la relation, au moment de la rupture ou après la fin de la relation. Cette violence peut être subie à tout âge et dans n'importe quel milieu social et culturel ».

La définition des violences faites aux femmes, adoptée par la France, est celle de la convention européenne dite d'Istanbul ratifiée le 4 juillet 2014, est entrée en vigueur le 1 novembre 2014. (6) « Les violences au sein du couple se définissent comme des situations où les faits de violences, exercés par un conjoint ou un ex-conjoint, sont à la fois récurrents, souvent cumulatifs, s'aggravent et s'accroissent sont inscrits dans un rapport de force asymétrique (dominant/dominé) et figé. Elles sont une violation des droits humains et une discrimination fondée sur l'appartenance sexuelle et la domination historique masculine dans les rapports sociaux. »

Le rapport de force est asymétrique du fait de l'emprise subie par la victime. D'après le dictionnaire Larousse, l'emprise peut se définir comme « un ascendant intellectuel ou moral de quelqu'un sur une autre personne ». D'un point de vue psychanalytique, c'est une relation de soumission de l'autre qui est considéré comme un objet, associée

à l'impossibilité d'accepter l'autre dans sa différence et à la satisfaction de ses propres désirs au détriment du désir de l'autre, qui est nié.

ii. Épidémiologie des violences conjugales

Trois quarts des femmes victimes de violence connaissent leur agresseur, et, selon l'INSEE, un tiers des violences physiques subies par les femmes sont commises par leur conjoint ou ex-conjoint (7). Quand il s'agit de violence sexuelle l'agresseur est le plus souvent un conjoint ou ex-conjoint (35%).

La violence conjugale est la cause la plus fréquente de blessures non fatales infligées aux femmes dans le monde et ces taux augmentent depuis la pandémie à SARS COV (8).

D'après le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) le nombre de victimes de violences conjugales enregistré par les forces de l'ordre en 2023 (9) révèle une hausse de 10% par rapport à 2022. 64% des violences étaient physiques, 31% verbales ou psychologiques et 4% sexuelles. 85% des victimes étaient des femmes et 86% des mis en cause étaient des hommes. Seulement 14% des victimes ont porté plainte ou réalisé un signalement aux forces de l'ordre.

Quand on s'intéresse spécifiquement aux actes violents liés au couple (féminicides, tentatives de féminicide, suicides ou tentatives de suicide consécutif au harcèlement conjugal), en 2023 (10)(11), on dénombre au total 1185 femmes sont touchées, dont 93 féminicides, 327 tentatives de féminicides et 773 suicides ou tentatives de suicide.

Parmi les femmes touchées par ces actes violents, 39% avaient déjà été victimes de violences antérieures et parmi celles-ci 81% avaient signalé ces violences aux forces de sécurité intérieur.

Enfin, concernant les auteurs des morts violentes, lors des faits 22% avaient consommé de l'alcool et 10% des produits stupéfiants.

iii. Les différents types de violence

Les violences physiques sont les principales violences rapportées (9), et sont également les plus faciles à dépister puisqu'elles laissent souvent des preuves corporelles. Elles se distinguent des blessures accidentelles parce qu'elles siègent en règle générale sur les zones saillantes.



Néanmoins, il existe des violences plus insidieuses qui ne se dépistent qu'en cas d'interrogatoire poussé et de relation de confiance avec la patiente.

Les violences psychologiques accompagnent toutes les autres formes de violences. Elles installent une stratégie d'emprise destinée à dévaloriser la victime, à la priver de toute autonomie et à la convaincre de ses incapacités et de son infériorité par rapport à l'agresseur. La femme rencontre parfois des difficultés à les reconnaître. Les preuves matérielles de ces violences peuvent être des SMS, des messages téléphoniques, des courriers électroniques, des lettres manuscrites, des photographies ou messages sur les réseaux sociaux

Les violences verbales, que sont les insultes, la dévalorisation, le rabaissement, sont le plus souvent banalisées par la victime. Récurrentes, elles renforcent et accompagnent fréquemment les autres formes de violences.

Les violences sexuelles sont caractérisées par des rapports sexuels imposés, des viols, des agressions sexuelles ou encore le contrôle de la contraception.

Les violences économiques, administratives visent à priver la victime de toute possibilité d'autonomie financière tout en accentuant son isolement. Elles sont à l'origine de nombreuses démarches mais ne sont pas souvent identifiées par les professionnels. On retrouve par exemple le vol de papiers, le contrôle des revenus et des dépenses, la confiscation de documents, l'engagement dans des crédits.

Les violences sur la parentalité représentent les dévalorisations sur le rôle de mère, la multiplication des actions en justice ayant trait à la garde, à l'autorité et à la visite des enfants, l'enlèvement, l'infanticide...

iv. Le cycle de la violence

Léonore Walker, psychologue américaine, a théorisé un cycle qu'elle appela initialement « syndrome de la femme battue ». Elle remarquait que dans une relation marquée par la violence, un schéma se répétait plus ou moins régulièrement, c'est ce qu'on appelle aujourd'hui : le cycle de la violence conjugale (12)(13).

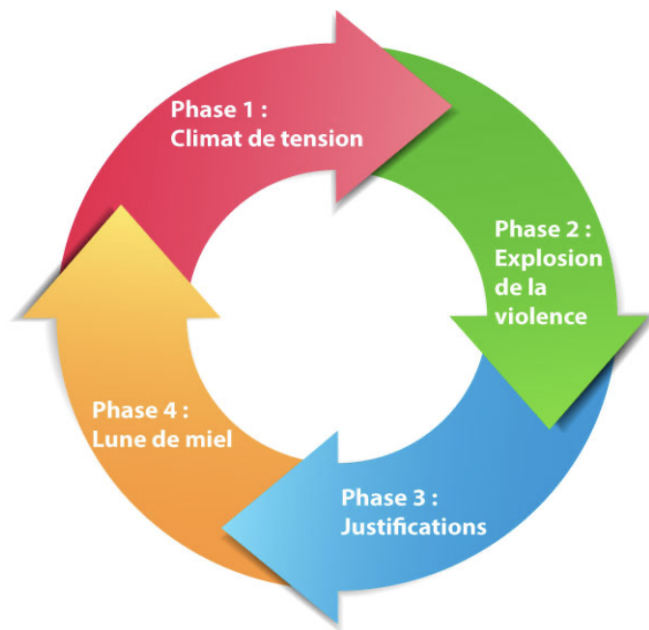


Figure 1 : Le cycle de la violence conjugale.

La phase 1 représente la phase de tension, où l'agresseur exerce des pressions psychologiques, contrôle, isole la victime, tandis que celle-ci, inquiète, tente d'améliorer le climat en maîtrisant son attitude, ses gestes et ses propos.

La phase 2 est la phase de violence quelle qu'en soit sa forme. L'agresseur donne l'impression de perdre la maîtrise de lui-même mais prend en fait le contrôle de la situation. La victime ne comprend pas et tente d'apaiser les tensions.

La phase 3 est la phase où l'agresseur se justifie et porte un discours visant à le déresponsabiliser de ses actes, par exemple en les minimisant ou en accusant la

victime, il tente de rendre légitime le passage à l'acte violent. La victime quant à elle doute de ses propres perceptions et accepte les justifications de son agresseur. Elle se remet en question et se sent responsable de la violence subie.

La phase 4, appelée communément phase de « lune de miel » est la phase où l'agresseur exprime ses regrets, il fait des promesses et des cadeaux visant à se réconcilier avec la victime. Le calme retrouvé permet d'apaiser la victime qui espère un changement ou que les choses redeviennent comme avant, elle donne ainsi une chance supplémentaire à l'agresseur.

Il est important de noter que les violences subies par les femmes sont récurrentes et cumulatives. Sept femmes sur dix en France, victimes de VC, déclarent avoir subi des faits répétés (3) qui s'aggravent et s'accroissent au cours du temps, pouvant aller jusqu'au féminicide.

Il existe deux moments de risque d'apparition ou d'aggravation des violences au sein du couple que sont la grossesse et la rupture conjugale notamment les premiers temps de la séparation (14).

v. Les conséquences économiques de l'utilisation de soins

La violence au sein du couple, en dehors de l'atteinte individuelle majeure, représente un coût au niveau collectif. Santé publique France a publié un rapport en 2012, mis à jour en 2019 (15), estimant que le coût total des VC s'élevait à 3,6 milliards d'euros par an. Dans ces 3,6 milliards, 21,5% sont liés aux consultations médicales et hospitalisations consécutives aux blessures physiques et/ou psychiques, aux

consultations de ville par des psychologues ou des psychiatres, aux traitements médicaux et à l'intervention des structures d'accueil spécialisées et d'accompagnement.

La part des 66,8% sont les coûts indirects englobant les pertes économiques en rapport avec l'absentéisme au travail, la perte d'emploi, le chômage, ainsi que les dépenses liées au système judiciaire (frais d'enquêtes, placement sous protection) et aux services sociaux.

Les 11,7% restant correspondent aux coûts pesant sur les enfants.

Une autre étude de 2009 (16), évaluait déjà l'utilisation des soins de santé et les coûts associés à la VC, en distinguant les violences physiques et non physiques, ainsi que leur temporalité (actuelles, récentes ou anciennes) par rapport à des femmes non-victimes (groupe témoin). Elle révélait que les femmes victimes de VC avaient une utilisation accrue des services de santé, notamment en santé mentale, soins d'urgence et soins ambulatoires. Les coûts totaux du recours aux soins les plus élevés correspondaient aux femmes victimes de violences et notamment les violences en cours (42% de plus par rapport aux femmes non-victimes), suivi des violences récentes (24% de plus) et des violences anciennes (19% de plus).

vi. Juridiction

La violence conjugale commise par un conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, ex-conjoint, ex-concubin, ex-partenaire pacsé constitue une atteinte à l'intégrité physique et /ou psychique des personnes qui en sont victimes. Cela constitue un délit relevant du tribunal correctionnel (17).

Les violences conjugales sont interdites et sévèrement punies par la loi, passibles de 3 à 5 ans d'emprisonnement et de 45000 à 75000 euros d'amende. Il faut ajouter que du fait du lien affectif entre l'auteur et la victime, que le lien conjugal soit présent ou passé, la législation considère dans ce type de délit, qu'il existe des circonstances aggravantes (18).

Cependant, sans plainte, le juge pénal ne peut prononcer des mesures de protection ou engager des poursuites pénales sauf si un signalement a été fait auparavant par un témoin ou un professionnel de santé. Il est important d'ajouter que pour déposer une plainte, l'obtention préalable d'un certificat médical de constatation n'est pas obligatoire.

La victime peut porter plainte de différentes manières : en se déplaçant au commissariat ou à la gendarmerie, en écrivant un courrier adressé au Procureur de la République, ou sur des plateformes en ligne (19)(20) sur une messagerie instantanée permettant aux victimes d'échanger 24h/24 et 7j/7 avec un policier ou un gendarme.

Le professionnel de santé peut, quant à lui, réaliser un signalement avec l'accord de la victime. Selon l'article 226-14 du Code pénal (21) « Le signalement est une dérogation légale au secret professionnel qui consiste, pour un médecin ou tout autre professionnel de santé à porter à la connaissance du Procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, et qui lui permettent de présumer l'existence de violences physiques, sexuelles ou psychiques ».

Ce signalement est un écrit envoyé par mail ou courrier au Procureur de la République du tribunal judiciaire du secteur où le praticien travaille. Un exemple de signalement est disponible sur le site du conseil de l'ordre des sage-femmes et des médecins.

**SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE
CONCERNANT UN MAJEUR VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES DANS
LE CADRE DU 3° DE L'ARTICLE 226-14 DU CODE PÉNAL**

L'article 226-13 du code pénal n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'insérer du signalement fait au procureur de la République »

1. AUTEUR DU SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE	
Nom et Prénom	
Profession	
Adresse	
Téléphone	
E-mail	

2. PERSONNE CONCERNÉE			
NOM et Prénom		Nom d'usage	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Situation familiale			
Adresse			
Téléphone		E-mail	
Présence d'enfants à charge	☐ non ☐ oui, nombre :	Âges	

3. ÉLÉMENTS DE LA SITUATION AMENANT LA TRANSMISSION AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

a) Faits ou commémoratifs :

La personne déclare avoir été victime le (date ou période de temps) à (lieu)

de :

«

b) Doléances exprimées par la personne :

Elle dit se plaindre de :

«

c) Examen clinique : (description précise des lésions, siège et caractéristiques)

- Sur le plan physique

.....

- sur le plan psychique

.....

Figure 2 : modèle de signalement transmis au procureur de la république, conseil national de l'ordre des médecins.

Toutefois, la loi prévoit que le médecin, même tenu au secret médical, a le devoir de signaler même sans accord de la victime dans les cas suivants :

- Si la personne est vulnérable (art. 226-14 2° du Code pénal), c'est-à-dire si la victime est une mineure de moins de 15 ans, une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son incapacité physique ou psychique, où en état de grossesse connu par l'agresseur.

- S'il existe un danger ou un péril imminent (*art. 226-14 3° du Code pénal*), c'est-à-dire lorsque le médecin estime que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences.

Le professionnel de santé doit informer la victime, du signalement la concernant, réalisé même sans son accord.

Pour aider celui-ci à évaluer le danger un Vademecum (22) a été publié par le ministère de la justice, en partenariat avec la HAS et le conseil national de l'Ordre des médecins. Il fournit un outil pour analyser les critères de danger imminent ainsi que l'emprise subie par la patiente (Annexe 4).

II. Dépistage des violences conjugales par les professionnels de santé

i. Responsabilité des médecins et soutien institutionnel

La violence à l'encontre des femmes s'impose comme faisant partie intégrante de la santé publique, impliquant particulièrement les médecins.

Selon l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) (23), le premier interlocuteur des femmes victimes d'agressions physiques au cours des 12 derniers mois est le médecin dans 24% des cas, avant la police et la gendarmerie (13% des cas), la justice ou les associations. Et notamment trois catégories de médecins que sont les généralistes, les urgentistes et les gynécologues-obstétriciens.

Depuis plusieurs années, les autorités françaises mettent en place un cadre législatif et institutionnel renforcé pour impliquer les professionnels de santé dans la lutte contre les VC.

En 2019, le Grenelle des violences conjugales (24) instaure un renforcement de la prévention, du repérage et de l'accompagnement des victimes et recommande des formations obligatoires des professionnels de santé pour mieux dépister les violences.

La loi du 30 janvier 2020 (25), est venue renforcer les mesures du Grenelle, avec l'obligation des Agences régionales de Santé (ARS) de désigner un référent régional des VC, qui doit coordonner la formation, la prévention le repérage et l'orientation des victimes dans le réseau sanitaire et social de la région et faciliter la coordination entre les professionnels de santé, les autorités judiciaires et les associations d'aide aux victimes.

Le Vademecum (22), mentionné plus haut, préconise aux médecins un dépistage systématique des violences, et ce, en favorisant un climat de confiance et en adoptant une attitude bienveillante pour faire comprendre aux patientes qu'elles disposent d'un interlocuteur à leur écoute et sensibilisé aux situations de violences au sein du couple et ainsi libérer la parole sur le sujet.

Ce dépistage systématique a été réaffirmé lors de nouvelles recommandations de la HAS publiées en 2022 (26), et à cette recommandation s'ajoute une notion importante, d'implication face à cette problématique, par exemple en mettant des affiches, des brochures à disposition dans les salles d'attente.

ii. Le point de vue des patientes sur le dépistage des VC

En 2022, la HAS a interrogé 1000 femmes françaises âgées de 18 ans et plus sur le dépistage systématique des VC par les médecins généralistes (27), et 96% d'entre elles estimaient que ce questionnement constituait une démarche appropriée.

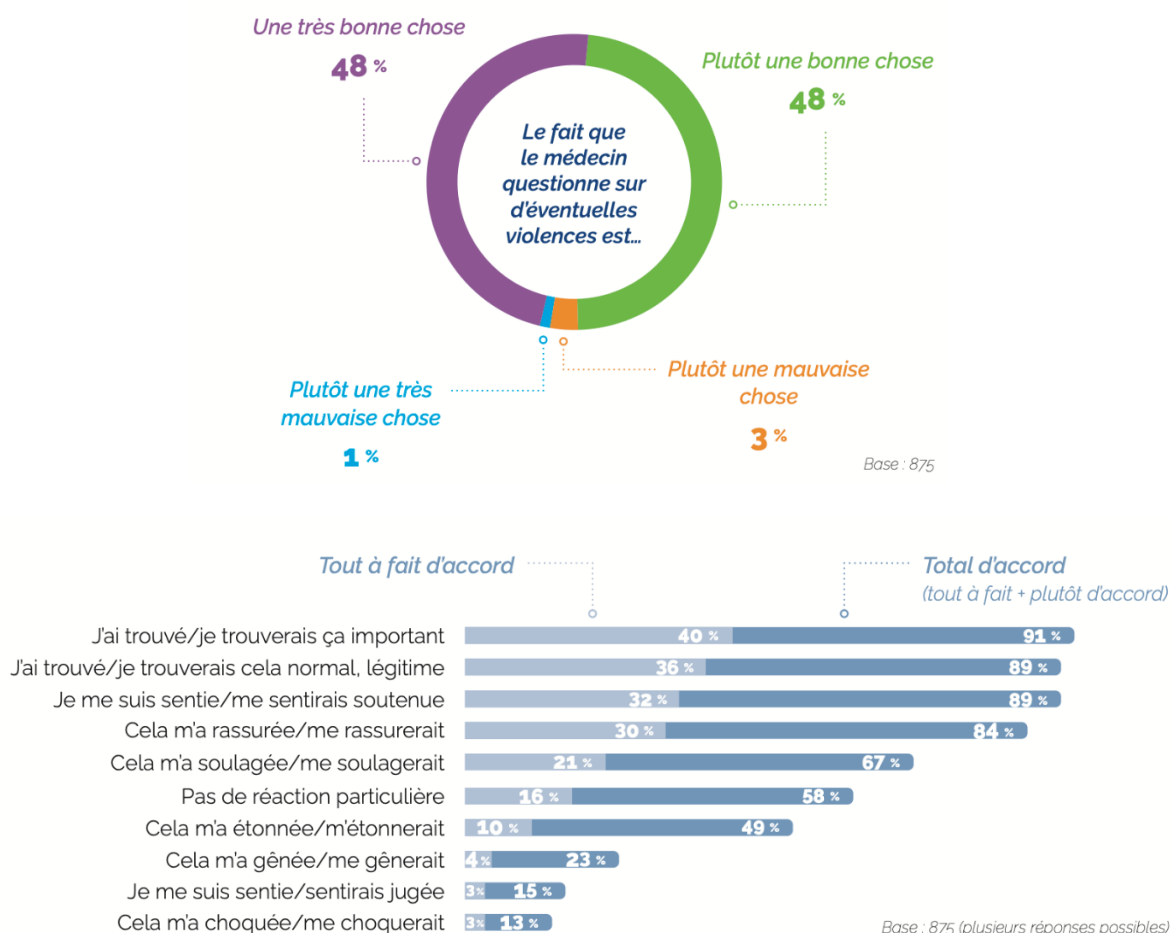


Figure 3 : principaux résultats de l'enquête BVA-HAS (novembre 2022) sur le repérage des violences conjugales en médecine générale et le point de vue des femmes françaises.

Bien que quelques femmes aient déclaré qu'elles pourraient se sentir gênées (23%), jugées (15%) ou choquées (13%) par ce questionnement, elles se déclarent quand même majoritairement y être favorables.

Notons que dans cette étude, parmi les 875 femmes répondantes, une femme sur 5 déclare subir ou avoir subi des VC.

iii. Les freins au dépistage

Bien que le dépistage systématique soit recommandé, il n'est que très peu réalisé en pratique. Différentes études se sont penchées sur les obstacles de ce dépistage (28)(29)(30)(31)(32) qui sont liés principalement à une préparation jugée insuffisante, tant sur le plan théorique qu'expérientiel.

Les freins concernant directement le soignant, sont un manque de confiance dans la capacité à poser les questions appropriées ou réagir de manière adéquate, ainsi que des croyances ou stéréotypes personnels pouvant minimiser la gravité de certaines situations.

Les freins relevant de l'organisation et du contexte de travail sont un manque de temps lié à la charge de soins, les autres priorités médicales, l'absence de protocoles standardisés ou encore un soutien institutionnel insuffisant.

Des difficultés apparaissent également dans la relation avec la patiente : la crainte de détériorer le lien thérapeutique en abordant le sujet et l'inquiétude pour la sécurité de la victime après la déclaration.

Enfin, des limites inhérentes à la structure du système de santé compliquent le dépistage, comme la rareté des structures spécialisés (centre d'accueil des victimes, places d'hospitalisation pour mise à l'abri des patientes, psychologues formés à la prise en charge des VC).

iv. Les aides au dépistage

Il existe de nombreux outils pour aider les professionnels dans leur démarche. Tout d'abord, des recommandations publiées par la HAS (33) proposent des questions simples lors de l'anamnèse : « comment ça se passe à la maison ? Avec votre

partenaire ? » ou « pensez-vous avoir subi des violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ? », cela compléterait l'anamnèse conventionnelle concernant les antécédents, les habitus, le mode de vie, réalisée par chaque médecin quotidiennement.

Le professionnel de santé peut aussi utiliser des questionnaires, comme celui proposé par Santé publique France qui propose 8 questions (34) permettant de dépister un abus au sein du couple.

Questionnaire WAST
Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?
☐ Très tendue ☐ Assez tendue ☐ Sans tension
2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?
☐ Très difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Sans difficulté
3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?
☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais
4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?
☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais
5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?
☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais
6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?
☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais
7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?
☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais
8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?
☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

WAST : *Woman Abuse Screening Tool*.

Figure 4 : Outils de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, validé par Santé Publique France, le WAST.

Enfin, le « violentomètre », inspiré du modèle mexicain, est un outil visuel pour aider les femmes à évaluer le degré de violence dans leur couple à travers des exemples concrets.

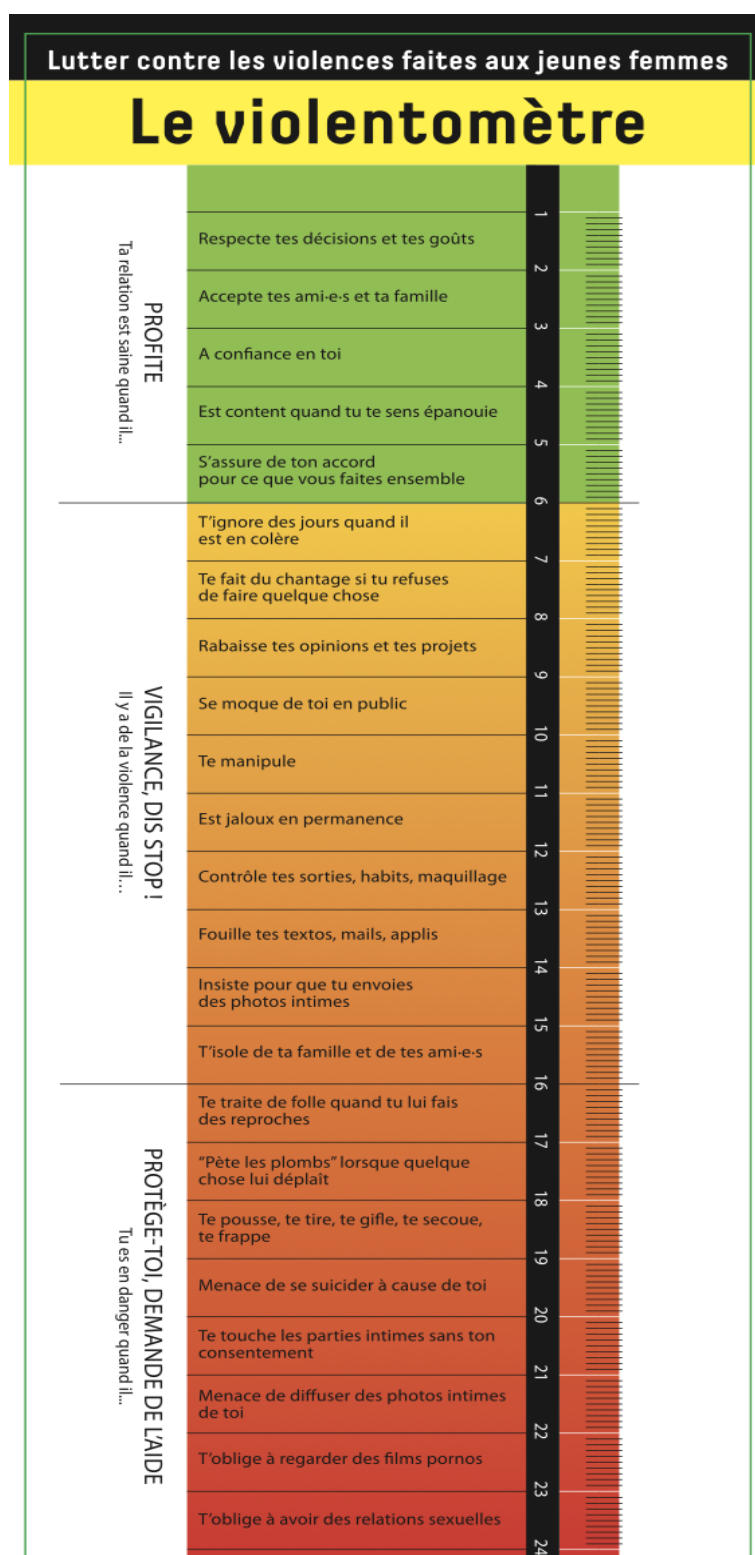


Figure 5 : Maison égalité femmes hommes, Violentomètre.

Pour soutenir les soignants dans leur approche de repérage des VC, le ministère de l'intérieur met à leur disposition *Anna* (35), un kit pédagogique composé d'un court métrage et d'un livret d'accompagnement qui explique les mécanismes des violences au sein du couple, le repérage, la prise en charge et le travail en réseau.

v. La place du dépistage aux urgences

Les services d'urgences constituent un cadre adapté pour le dépistage des VC. Ils reçoivent un flux continu et diversifié de patientes, permettant de toucher des femmes de toute tranche d'âge et de tout milieu social.

Les urgences permettent un contact neutre avec un soignant que la patiente rencontre pour la première fois, contrairement à la consultation chez le médecin généraliste qui peut connaître son conjoint ou ses proches. En général elle est seule pour la consultation, la majorité des services d'urgences n'acceptant plus d'accompagnant dans les salles d'examen médical, ce qui permet de se confier plus librement.

Le cadre hospitalier offre par ailleurs un cadre sécurisant, où la patiente peut se rendre 24h/24, dans un environnement protégé où elle peut être orientée immédiatement vers une prise en charge adaptée.

Plusieurs études prouvent que la prévalence des femmes victimes de VC aux urgences n'est pas anecdotique : à la Timone, une étude rétrospective (36) révèle qu'une victime de VC se présentait environ tous les deux jours aux urgences. A Lens, une étude épidémiologique (37) constate que plus de 30% des patientes qui consultaient aux urgences avaient été victimes de VC au cours de leur vie.

Compte tenu de cette prévalence, les SAU apparaissent comme un maillon indispensable à la prise en charge de ces patientes.

vi. Le cocon

A Lille, l'hôpital Saint Vincent de Paul, a mis en place une unité d'accueil et de soins des femmes victimes de violences conjugale, appelée "Le Cocon".

L'équipe dédiée est pluridisciplinaire et regroupe : un médecin, une sage-femme, une psychologue, une assistante sociale et une secrétaire.



« L'objectif du Cocon est de proposer une prise en charge aux femmes victimes, enceintes ou non, par une équipe pluridisciplinaire, en lien avec des violences subies dans un contexte conjugal, dans une temporalité actuelle ou passée. Accueil en un lieu unique : information, soins, soutien psychologique, accompagnement dans les démarches et orientation. »

Cette équipe peut être contactée directement par les professionnels de santé prenant en charge une patiente victime de violence conjugale, dépistée aux urgences ou dans un service d'hospitalisation : elle agira alors comme une équipe mobile, se déplaçant directement dans le service concerné pour démarrer un premier contact avec la patiente. Par ailleurs, des hôpitaux de jour sont également programmés, pour le suivi au long cours de la patiente. Enfin, si la patiente ne souhaite pas être mise en contact avec cette équipe, un dépliant avec adresse mail et numéro de téléphone lui est donné,

afin qu'elle puisse les contacter si elle le souhaite, au décours de son passage à l'hôpital.

De plus, aux urgences de Saint Vincent de Paul, des documents explicatifs constituent un cahier de référence (Annexe 2) mis à disposition des soignants. Il regroupe les conduites à tenir en cas de découverte de VC chez une patiente, les outils pratiques (examens cliniques, certificats médicaux, procédures de signalement) ainsi que des repères juridiques et psychosociaux permettant d'accompagner au mieux la prise en charge des patientes victimes de VC.

III. Rationnel de l'étude

A la suite de cette introduction, le constat est clair : malgré la prévalence élevée des VC chez les femmes, et notamment les femmes consultant aux urgences, ce sujet de santé publique est encore trop peu investi par les médecins.

Bien que le dépistage systématique soit recommandé par la HAS et d'autres instances, il demeure peu appliqué, en raison notamment d'un manque de formation, de protocoles clairs et de temps dédié.

Dans cette étude nous allons tenter de démontrer que la sensibilisation des soignants au dépistage systématique des VC chez les femmes consultant aux urgences, quel que soit le motif de consultation, peut augmenter significativement le repérage de ces situations. Ainsi une amélioration du dépistage permettrait d'identifier un plus grand nombre de patientes victimes, souvent passées inaperçues, et de leur proposer une prise en charge adaptée. Cette démarche répond à un enjeu majeur de

santé publique : intervenir plus tôt pour limiter les conséquences physiques et psychiques des violences et réduire le risque de récurrence. L'étude permettra également de recueillir le ressenti des soignants quant à cette pratique, afin de mieux comprendre leur expérience et les leviers ou freins à une mise en œuvre durable du dépistage.

2) MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, monocentrique conduite au sein du service des urgences de l'hôpital Saint Vincent de Paul. Elle relève du cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, et correspond à une évaluation des pratiques professionnelles.

II. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est de comparer le taux de dépistage des violences conjugales chez les patientes adultes admises aux urgences avant et après sensibilisation des externes, internes et médecins titulaires exerçant aux urgences.

Les objectifs secondaires sont premièrement de comparer le nombre de dépistages positifs (victimes identifiées) avant et après sensibilisation, deuxièmement de décrire leur motif d'entrée aux urgences ainsi que leur prise en charge et les orientations proposées, enfin troisièmement de décrire les caractéristiques des professionnels de santé ayant réalisé le dépistage. Il s'agira également d'évaluer le ressenti des soignants vis-à-vis du dépistage systématique.

III. Populations étudiées

i. Les patientes :

Les patientes ont été incluses sur deux périodes de quatre semaines. La première, avant sensibilisation, du 17 février au 16 mars 2025. La seconde, après sensibilisation, du 7 avril au 4 mai 2025.

Critères d'inclusion :

- Femme âgée de 18 ans ou plus.
- Admise aux urgences de l'hôpital Saint Vincent de Paul, quel que soit le motif.
- Durant l'une des deux périodes précédemment citées.

Critères d'exclusion :

- Troubles neurocognitifs.
- Déficit intellectuel.
- Opposition à l'utilisation des données à des fins de recherche.
- Patientes sous protection juridique.
- Patiente partie sans attendre d'être vue par un médecin.
- Patiente réorientée dès l'IAO.

ii. Les soignants :

Les externes, internes et docteurs exerçant aux urgences ont répondu à un questionnaire (Annexe 1) avant la phase de sensibilisation, c'est-à-dire avant la réunion d'information sur l'intérêt du dépistage et la prise en charge des violences conjugales.

Critères d'inclusion :

- Les professionnels réalisant l'interrogatoire médical des patientes, soit les médecins titulaires, les internes et les externes.
- Exerçant aux urgences sur les périodes d'inclusion ayant complété le questionnaire de ressenti en ligne.

Critères d'exclusion : aucun.

IV. Déroulé de l'étude :

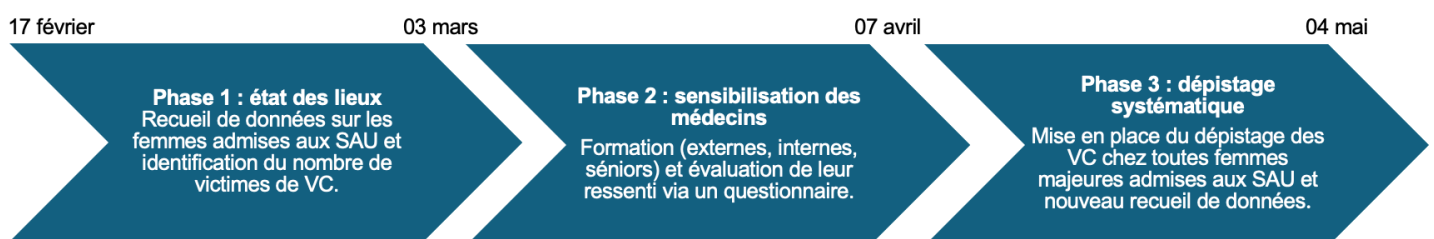


Figure 6 : Déroulé chronologie des différentes phases de l'étude

Phase 1 : avant sensibilisation des médecins

Recueil des données des patientes admises aux urgences de l'hôpital St Vincent de Paul sur 4 semaines : du 17/02/2025 au 16/03/2025 pour permettre notamment d'établir le nombre de dépistages réalisés sur cette période.

Phase n°2 : période de sensibilisation des médecins

Avant le début de la séance de sensibilisation, un lien a été envoyé aux soignants éligibles, afin de répondre à un questionnaire simple sur le ressenti face au dépistage systématique des VC.

Puis, la sensibilisation s'est déroulée sous plusieurs formats. Les médecins urgentistes du service ont été informés lors de la réunion mensuelle de mars, en présentiel ou en visioconférence, par une intervention brève soulignant l'importance du dépistage et précisant les modalités à proposer à la patiente en cas de réponse positive, accompagnée de la mise à disposition d'un classeur explicatif (Annexe 2). Les médecins généralistes intervenant dans le circuit valide ont reçu quant à eux une vidéo explicative (Annexe 3) et le lien vers le classeur explicatif diffusé via le canal de communication habituelle (WhatsApp). Pour les internes et externes du service des urgences, l'information a été transmise lors d'un cours organisé en mars, selon leur disponibilité. Enfin les internes des étages et les externes assurant des gardes aux urgences ont été informés par vidéo via leurs groupes Facebook respectifs (Annexe 3).

Phase n°3 : période de dépistage systématique des VC aux urgences

Recueil des données des patientes admises aux urgences de l'hôpital St Vincent de Paul sur 4 semaines : 7/04/2025 au 4/05/2025.

V. Collection des données :

Toutes les données et informations recueillies concernant les participants étaient anonymisées, la présentation des résultats ne pouvait en aucun cas permettre l'identification directe ou indirecte des personnes concernées.

L'inclusion des patientes a été réalisée à partir des listings journaliers anonymisés, fournis par le département d'information médicale de l'hôpital.

Pour chaque patiente, le dossier médical informatisé des urgences (logiciel HM), a été relu intégralement à la recherche de la mention explicite de la présence ou de l'absence de violence conjugale, ainsi que de la nature de ces violences (physiques, sexuelles, économiques, psychologiques, autres).

De plus, pour aider au recueil, un onglet spécifique intitulé « dépistage des violences conjugales » était disponible dans le dossier médical et permettait au soignant d'indiquer si le dépistage avait été réalisé, en cochant la case correspondante le cas échéant.

La prise en charge proposée était également recueillie lorsque le dépistage était positif : réalisation d'un certificat médical de coups et blessures, l'orientation après le passage aux urgences (retour à domicile, hospitalisation, consultation externe avec l'équipe du Cocon), le contact avec l'assistante sociale ou la psychologue du service, le contact avec l'équipe de psychiatrie (IDE ou médecin), la réalisation éventuelle d'un signalement aux autorités.

Les autres paramètres recueillis comprenaient :

- Des données démographiques : âge
- Des informations cliniques :
 - Motifs d'admission : somatique, traumatique, psychiatrique, raison sociale (CNH, problème d'hébergement).
 - Le niveau de triage.
 - Le temps de passage aux urgences.
 - La période de garde.

- La présence d'une barrière de la langue.
- Une grossesse en cours.
- La prise de toxique (alcool, drogues, intoxication médicamenteuse).
- Contexte et comportement : le refus de répondre à la question du dépistage, une agitation ou une agressivité compromettant l'interrogatoire.

Concernant les informations cliniques déclaratives, toute donnée non mentionnée dans le dossier a été considérée comme négative. Par exemple, l'absence de dosage des Bêta-HCG et de mention d'une grossesse en cours impliquait que la patiente était considérée comme non enceinte.

Les données recueillies concernant le soignant ayant réalisé l'anamnèse : il s'agissait du genre et du grade (médecin sénior, interne, externe).

Le ressenti des soignants vis-à-vis du dépistage systématique des VC a été évalué au moyen d'un questionnaire anonyme en ligne via Google Forms. (Annexe 1) Il comportait 9 items : la fonction exercée (interne, médecin, externe) ; l'intérêt ou le sentiment de se sentir concerné par le sujet (échelle de 0 à 10) ; l'opinion sur la pertinence des urgences comme lieu de dépistage systématique ; l'expérience personnelle de prise en charge d'une femme victime de violences conjugales et les circonstances de découverte (dépistage actif ou non), ainsi que le niveau d'aisance dans cette prise en charge ; la fréquence de suspicion de violences conjugales dans la pratique clinique ; l'opinion sur l'impact potentiel du dépistage systématique sur la qualité des soins ; l'expérience de situations où un dépistage systématique aurait permis d'identifier des violences passées inaperçues ; le sentiment de formation suffisante pour dépister de manière systématique ; les freins au dépistage identifiés

(réponses en mots clés) ; et enfin, le ressenti global face à la prise en charge d'une femme victime de violences, exprimé en un seul choix de mots libres.

VI. Analyses statistiques :

Une analyse descriptive des données a tout d'abord été réalisée : les moyennes, écarts-types, médianes, intervalles interquartiles, minima et maxima ont été calculés pour les données quantitatives ; les effectifs et fréquences pour les variables qualitatives.

Afin de répondre à l'objectif principal de l'étude, le taux de dépistage des violences conjugales chez les femmes aux urgences a été comparé avant et après la sensibilisation des équipes médicales par le test du Khi-2.

Afin de répondre aux objectifs secondaires, le nombre de femmes dépistées comme victimes de violences conjugales aux urgences, les prises en charge et orientations proposées à celles-ci ont également été comparés par le test du Khi-2 ou exact de Fisher en cas d'effectifs insuffisants (selon la règle de Cochran). Le nombre de dépistages effectués a été également comparé selon le genre et le grade du médecin.

Un seuil de significativité de 5% a été considéré pour toutes les analyses.

Le logiciel utilisé pour réaliser ces analyses est R.

L'analyse statistique a été réalisée par la cellule de biostatistiques de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du GHICL.

VII. Cadre réglementaire et éthique :

i. Conformité éthique

Ce projet est conforme aux principes de l'éthique de la recherche que sont le respect de la personne, la bienfaisance et la justice. Il n'entraîne pas de stigmatisation d'un groupe spécifique et ne va pas à l'encontre de la morale.

Les données requises sont adéquates, pertinentes, et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités décrites.

L'équipe projet connaît les données ou dispose des ressources et des compétences nécessaires pour les appréhender.

Le projet sera réalisé dans le contexte d'une amélioration de la prise en charge des patients.

Ce projet est validé par le Comité Interne d'Éthique de la Recherche du GHICL.

ii. Conformité juridique

Ce projet de recherche porte :

- Sur l'étude de données déjà collectées, lors du soin, correspond à un traitement de données ne répondant pas à la définition d'une recherche impliquant la personne humaine selon la Loi Jardé ;
- Sur l'étude du ressenti des soignants

Cette recherche est donc qualifiée de « hors loi Jardé » ou recherche n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH) au sens de la Loi (loi n° 2012-300 du 5 mars 2012,

modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016 et le décret n° 2017-884 du 9 mai 2017).

Son fondement juridique est l'exercice d'une mission d'intérêt public dont est investi le GHICL en sa qualité de responsable de traitement. Ce traitement de données de santé est autorisé car il est nécessaire à des fins de recherche scientifique. Le GHICL mettra en œuvre des mesures appropriées permettant de garantir les droits et libertés, notamment le seul recueil de données strictement nécessaires à la recherche.

3) RESULTATS

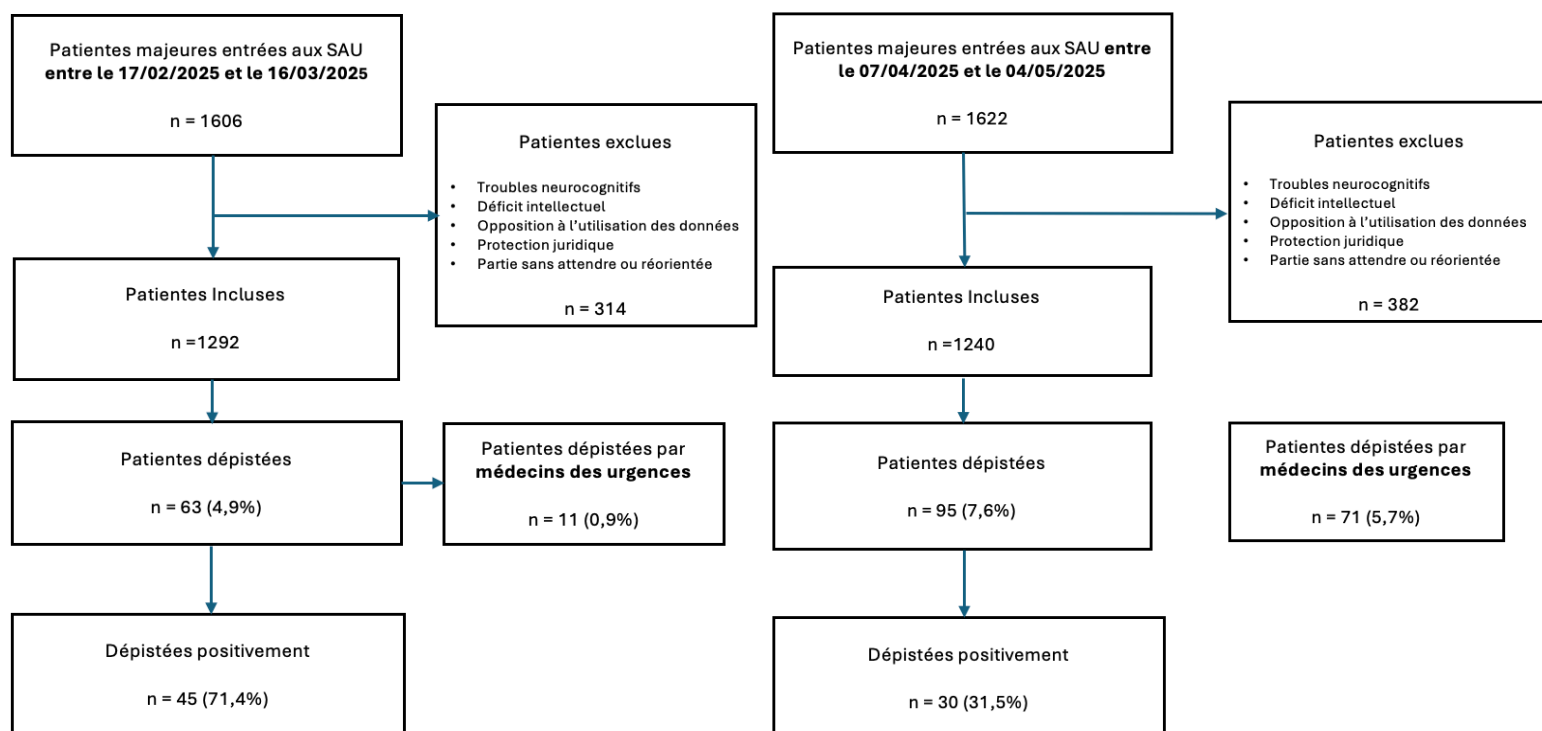


Figure 7: Flow chart du dépistage des violences conjugales aux urgences : comparaison avant et après sensibilisation.

Caractéristiques de la population incluse :

Variables		Avant sensibilisation (n = 1292)	Après sensibilisation (n = 1240)	p-valeur ¹
Age (année)	/	39 [25;57]	39 [25;60]	0.57
Temps passé aux urgences (min)	/	284 [197;413]	290 [192;412.2]	0.81
Triage par IAO, n (%)	1	3 (0.2)	1 (0.1)	0.18
	2	46 (3.6)	35 (2.8)	
	3A	200 (15.5)	183 (14.8)	
	3B	550 (42.7)	525 (42.5)	
	4	385 (29.9)	356 (28.8)	
	5	104 (8.1)	134 (10.9)	
Période de garde, n (%)	/	778 (60.2)	741 (59.8)	0.84
Motif d'entrée, n (%)	Somatique	776 (60.1)	757 (61)	0.098
	Traumatique	377 (29.2)	326 (26.3)	
	Psychiatrique	123 (9.5)	129 (10.4)	
	Social	16 (1.2)	28 (2.3)	
Barrière de la langue, n (%)	/	28 (2.2)	33 (2.7)	0.5
Agressivité, n (%)	/	43 (3.3)	11 (0.9)	<0.0001
Prise de toxique, n (%)	/	97 (7,5)	77 (6,2)	0.23
Type de toxique, n (%)	Kétamine	0	1 (1.3)	/
	Cannabis + LSD	1 (1)	0	
	Cocaïne	5 (5.2)	0	
	Médicaments	25 (26)	10 (13)	
	Médicaments + cocaïne	1 (1)	0	
	OH	52 (54.2)	41 (53.2)	
	OH + 3MMC	0	1 (1.3)	
	OH + médicaments	3 (3.1)	15 (19.5)	
	OH + médicaments + kétamine	0	1 (1.3)	
	OH + THC	2 (2.1)	1 (1.3)	
	Protoxyde d'azote	1 (1)	1 (1.3)	
	THC	6 (6.2)	6 (7.8)	
Grossesse en cours, n (%)	/	26 (2)	23 (1,9)	0.89

Tableau 1 : Caractéristiques des femmes incluses du 17/02/2025 au 16/03/2025 et du 07/04/2025 au 04/05/2025. ¹Test du Khi2.

Au total, 2532 patientes ont été incluses dans l'étude :1292 lors de la première période et 1240 lors de la seconde.

Les populations étudiées présentent des caractéristiques similaires pour la majorité des critères étudiés. L'âge médian des patientes était de 39 ans sur les deux périodes avec des intervalles interquartiles proches ([25 ; 57] vs [25 ; 60]) sans différence statistique. Le temps de passage aux urgences était équivalent,

respectivement de 284 minutes dans la première phase et de 290 minutes dans la seconde.

La répartition du triage des patientes montrait : une majorité de patientes triées en niveau 3B et en niveau 4. La proportion de passages en période de garde était stable avec 60,2 % lors de la première période et 59,8 % lors de la seconde.

Les motifs d'entrée aux urgences ne différaient pas significativement : les causes somatiques constituaient la majorité des passages. Elles étaient suivies des motifs traumatiques, psychiatriques et enfin motifs sociaux .

Les patientes ayant une barrière de la langue étaient en faible pourcentage (2,2 % avant vs 2,7 % après) dans les deux périodes, en revanche, la proportion de patientes présentant un comportement agressif était significativement plus faible après sensibilisation (0,9 % contre 3,3 %, $p < 0,0001$).

Le taux de patientes ayant consommé des substances sur les deux périodes ne différait pas significativement, l'alcool représentait la principale substance ingérée (54,2 % avant vs 53,2 % après), seule ou associée à d'autres produits.

Le taux de femmes enceintes en période pré et post sensibilisation était similaire (2%).

Évolution du dépistage avant et après sensibilisation :

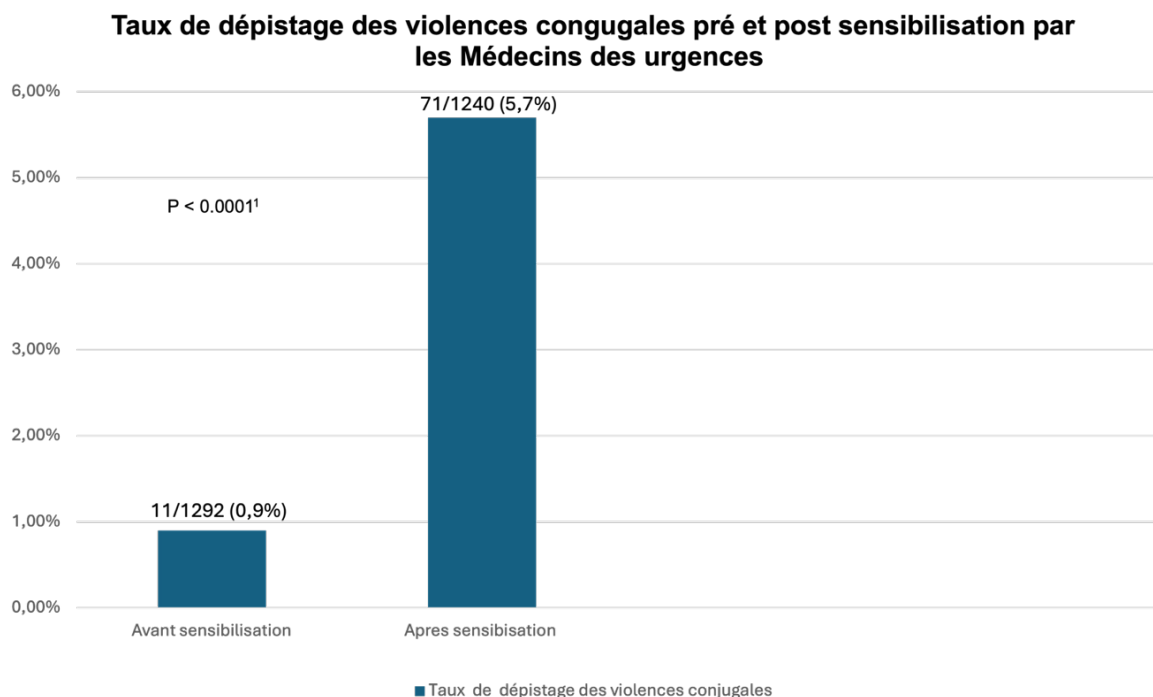


Figure 8 : comparaison du taux de dépistage par les médecins des urgences avant et après sensibilisation, ¹Test du Khi2.

La comparaison entre les deux périodes d'inclusion révèle une évolution significative ($p < 0,0001$) concernant le dépistage des VC chez les femmes : 11 (0,9 %) ont été dépistées spécifiquement par les médecins des urgences durant la phase de pré-sensibilisation, contre 71 (5,7 %) au cours de la phase de dépistage systématique.

Nombre de dépistage des violences conjugales selon le mode d'identification pré et post sensibilisation

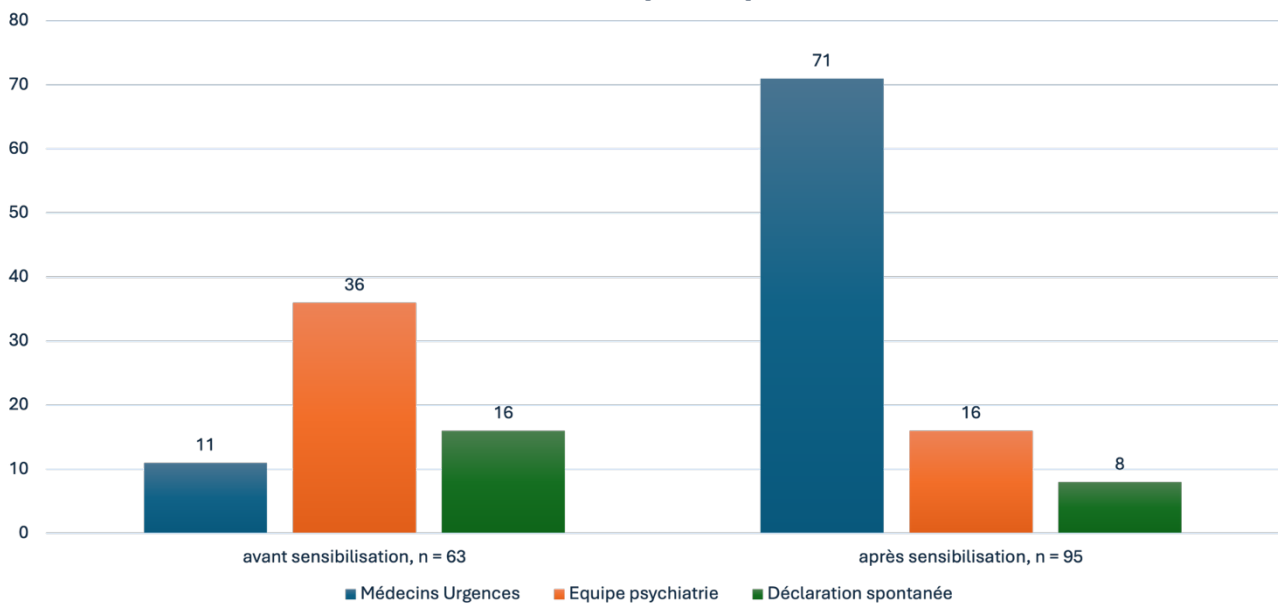


Figure 9 : Répartition des modes de dépistage des VC (médecins des urgences, équipe psychiatrique, déclarations spontanées) avant et après sensibilisation.

Il est à noter qu'un nombre non négligeable de femmes se sont présentées spontanément pour VC, et qu'une proportion de dépistages est réalisée par l'équipe de psychiatrie. Une tendance à la diminution de ces dépistages, ainsi que des déclarations spontanées, est observée lors de la seconde période.

Caractéristiques de la population des femmes dépistées :

	Avant sensibilisation , n = 63	Après sensibilisation, n = 95	
Variables	Statistiques		P-value ¹
Âge (années) , médiane, [écart type]	33 [24;43]	32 [23;55]	0,47
Temps de passage au SAU (min), médiane, [écart type]	408 [271;634]	326 [225.5;433.5]	0,022
Période garde, n(%)	43 (68,3)	56 (58,9)	0,25
Triage à l'IAO, n(%)			
1	0	0	0,20
2	3 (4,8)	2 (2,1)	
3A	5 (7,9)	20 (21)	
3B	28 (44,4)	40 (42,6)	
4	24 (38,1)	27 (28,7)	
5	3 (4,8)	6 (6,4)	
Motif d'entrée			
Somatique	17 (27)	43 (45,3)	0,0034
Traumatique	15 (23,8)	26 (27,4)	
Psychiatrique	26 (41,3)	26 (27,4)	
Social	5 (7,9)	0	
Barrière de la langue, n(%)	0	0	/
Agressivité, n(%)	5 (7,9)	1 (1,1)	0,037
Grossesse en cours, n(%)	0	2 (2,1)	1
Prise de toxique, n(%)	25 (39,7)	17 (17,9)	0,19

Tableau 2 : Caractéristiques de la population des femmes dépistées avant et après sensibilisation.¹Test de Fisher.

Lorsqu'on s'intéresse aux patientes dépistées dans les deux groupes, elles présentent un âge médian d'environ 30 ans. On remarque une diminution significative du temps de passage aux urgences ($p < 0,022$) lors de la seconde période pour les patientes dépistées systématiquement.

La majorité des patientes était triées en niveau 3B et en niveau 4 en pré et post sensibilisation.

On note une évolution significative des motifs d'entrée aux urgences entre les deux périodes : les motifs somatiques ont augmenté relativement de 21,5 %, tandis que les motifs traumatiques ont diminué de 21,4 %, les motifs psychiatriques de 10,5 % et les motifs sociaux de 65 %.

Aucune patiente dépistée ne présentait de barrière linguistique. Le nombre de patientes présentant un comportement agressif a diminué de manière significative. Enfin le taux de patientes ayant consommé des substances est resté similaire entre les deux périodes.

Caractéristiques des médecins des urgences ayant réalisé ce dépistage :

Variables	Avant sensibilisation, n = 11	Après sensibilisation, n =71	P-valeur ¹
Grade médecin urgentiste, n(%)			0,65
• Externe	• 4 (36,4)	• 16 (22,5)	
• Interne	• 4 (36,4)	• 27 (38)	
• Sénior	• 3 (27,3)	• 28 (39,4)	
Genre de l'examineur, n(%)			0,69
• Féminin	• 8 (72,7)	• 57 (80,3)	
• Masculin	• 3 (27,3)	• 14 (19,7)	

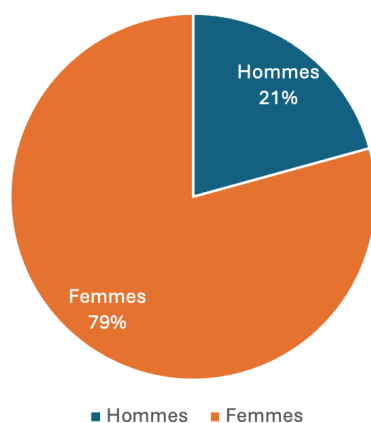
Tableau 3 : Caractéristiques des médecins des urgences ayant réalisé le dépistage des VC. ¹Test de Fisher.

Parmi les dépistages réalisés par un médecin, 8/11 (72.7 %) étaient faits par des femmes médecins avant sensibilisation, vs 57/71 (80.3 %) après. Le test de Fisher donne une valeur de $p = 0.69$, indiquant l'absence de significativité de cette différence.

Lorsque l'on s'intéresse au grade du médecin ayant réalisé le dépistage, aucune différence significative n'est observée entre les deux périodes. Lors de la première période d'inclusion, 36,4 % des dépistages étaient effectués par des externes contre

22,5 % en seconde ; la part des internes restait stable passant de 36,4 % à 38 %, tandis que celle des seniors augmentait de 27,3 % à 39,4 %.

Taux de dépistages réalisés par les médecins des urgences en fonction de leur genre



Taux de dépistage réalisés par les médecins en fonction de leur grade

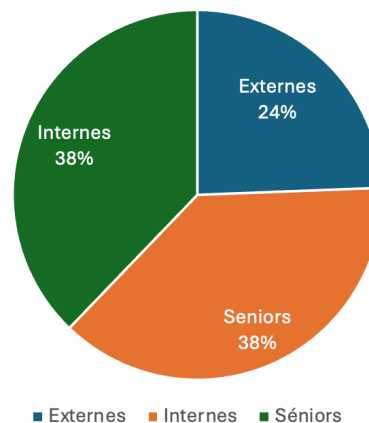


Figure 10 : Répartition des dépistages réalisés par les médecins des urgences selon leur genre et leur grade, sur les deux périodes confondues.

Quand on se penche sur les deux périodes confondues ($n = 2532$ entrées), on peut voir que 82 dépistages ont été réalisés par un médecin. 65 (79.3 %) femmes vs 17 (20.7 %) hommes médecins ont réalisé ces dépistages. Ainsi la part de femmes était environ 3.8 fois plus élevée dans ces dépistages.

Par ailleurs, sur ces 82 dépistages, 20 (24.3 %) ont été réalisés par des externes, tandis que 31 (37.8 %) ont été effectués respectivement par des internes et par des médecins titulaires. La part des seniors était donc équivalente à celle des internes et environ 1,6 fois plus élevée que celle des externes.

Caractéristiques des femmes dépistées positivement aux VC :

	Avant sensibilisation, n = 45	Après sensibilisation, n = 30	
Variables	Statistiques		P-value¹
Âge (années), médiane [écart type]	37 [24;43]	30 [23;47.2]	0,91
Temps de passage au SAU (min), médiane [écart type]	349 [242;479]	349 [273.8;508]	0.64
Période de garde, n(%)	31 (68,9)	19 (63,3)	0,63
Triage en IAO , n(%)			
1	0	0	0,71
2	2 (4,4)	1 (3,3)	
3A	3 (6,7)	5 (16,7)	
3B	19 (42,2)	13 (43,4)	
4	19 (42,2)	10 (33,3)	
5	3 (6,7)	1 (3,3)	
Motif d'entrée n(%)			
Somatique	11 (24,5)	9 (30)	0,31
Traumatologique	14 (31,1)	9 (30)	
Psychiatrique	15 (33,3)	12 (40)	
Social	5 (11,1)	0	
Barrière de la langue, n(%)	0	0	/
Agressivité, n(%)	4 (8,9)	1 (3,3)	0,64
Grossesse en cours, n(%)	0	0	/
Prise de toxique, n(%)	14 (31,1)	10 (33,3)	1

*Tableau 4 : Caractéristiques des femmes dépistées positivement aux VC.
¹Test de Fisher.*

Parmi les patientes dépistées positivement, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes de population. Le temps de passage aux urgences était de 349 minutes dans les deux périodes. Aucune femme enceinte n'a été identifiée parmi les patientes victimes de VC. Plus de la moitié des passages survenaient en période de garde. Les motifs d'entrée étaient principalement psychiatriques, suivis des motifs traumatologiques, somatiques puis sociaux.

On ne peut démontrer de significativité statistique ; cependant, on observe une diminution de 6,6 points de pourcentage des patientes présentant un comportement agressif lors de la phase post-sensibilisation.

Description des types de violences rapportées par les femmes dépistées positivement aux violences conjugales :

	Avant sensibilisation, n = 45	Après sensibilisation, n =30	
Violences décrites, n(%)	Statistiques		p-value¹
Physique	43 (95,6)	28 (93,3)	0,74
Sexuelle	10 (22,2)	3 (10)	0,16
Economique	2 (4,4)	2 (6,6)	0,97
Psychologique	9 (20)	8 (26,6)	0,45
Verbale	1 (2,2)	0	0,63
Séquestration	0	1 (3,3)	0,47
Refus de décrire le type de violence	0	1 (3,3)	0,98

Tableau 5 : Description des violences subies par les victimes. ¹Test de Fisher.

Avant et après sensibilisation, les violences décrites par les victimes étaient similaires. On notait une prédominance des violences physiques, présentes dans plus de 90 % des cas dans les deux périodes, suivies par les violences psychologiques. Les violences sexuelles étaient rapportées par un nombre non négligeable de patientes, mais leur fréquence diminuait sans différence significative après la phase de sensibilisation. Par ailleurs, une patiente a rapporté subir des violences verbales, une autre avoir été séquestrée par son ex-conjoint, et enfin une dernière a refusé de préciser le type de violences subies lors de la période de dépistage systématique.

Taux de dépistage positif aux VC avant et après sensibilisation :

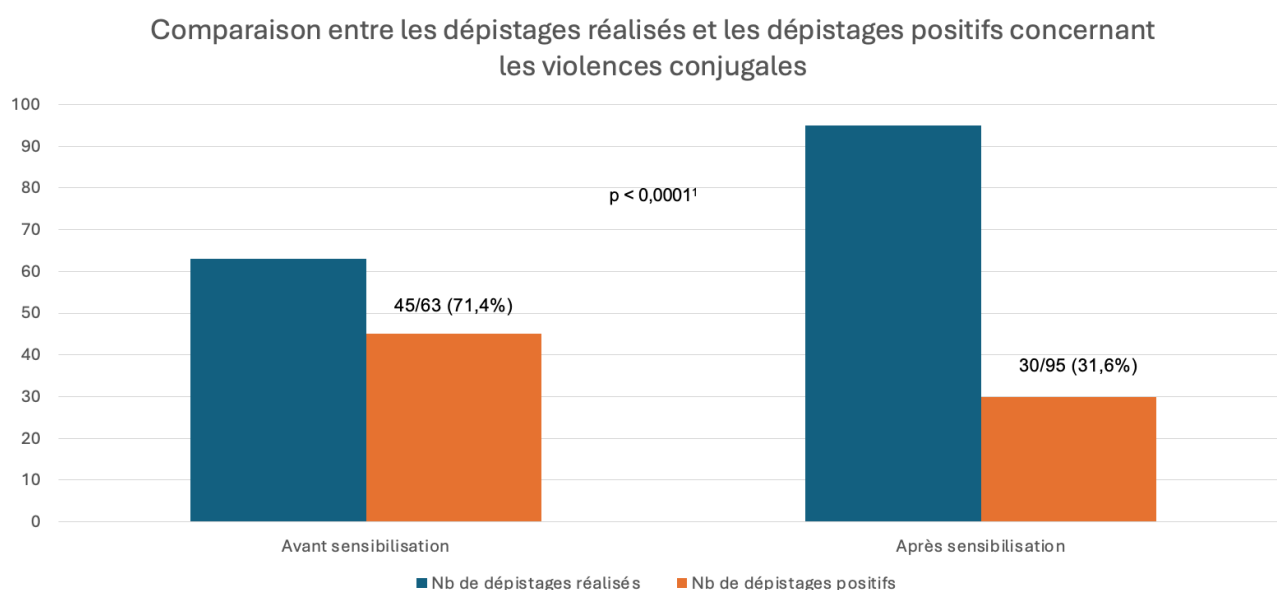


Figure 11 : Comparaison du nombre de dépistages positifs des VC. ¹Test de Fisher.

L'évolution du taux de dépistage positif apparaît significativement différente entre les deux phases d'inclusion, avec une réduction de plus de la moitié du taux lors de la seconde période par rapport à la première. En effet, la proportion de femmes dépistées positivement est passée de 71,4 % (45/63) à 31,5 % (30/95), soit une baisse relative de 55,9 %.

Prise en charge proposée et devenir des patientes dépistées positivement :

Variables		Avant sensibilisation, n = 45	Après sensibilisation, n =30	P-value ¹
Prise en charge réalisée lors du passage au SAU	Réalisation d'un signalement, n(%)	0	0	/
	Réalisation d'un certificat coup et blessures, n(%)	7 (15,5)	7 (23,3)	0,59
	Rencontre avec l'équipe de psychiatrie, n(%)	31 (68,8)	15 (50)	0,16
	Rencontre avec assistante sociale, n(%)	5 (11,1)	3 (10)	1
	Proposition de rencontre avec équipe du Cocon, n(%)	13 (28,8)	10 (33,3)	0,88
Devenir des patientes après passage au SAU	Retour à domicile, n(%)	21 (46,6)	23 (76,7)	0,04
	Hospitalisation, n(%)	14 (31,1)	4 (13,3)	
	UHCD, n(%)	1 (2,2)	0	
	Mise à l'abri en lit de maternité , n(%)	3 (6,6)	3 (10)	
	Fugue, n(%)	5 (11,1)	0	
	Garde à vue, n(%)	1 (2,2)	0	

Tableau 6 : Description des prises en charge proposées et orientation des patientes dépistées positivement aux VC. ¹Test de Fisher.

Concernant les modalités de prise en charge et le devenir des patientes victimes de VC, nous ne pouvons démontrer de différence significative entre les deux périodes, mais il existe des différences de prise en charge intéressantes. Par exemple, plus de certificats médicaux de coups et blessures ont été réalisés après sensibilisation avec 23,3 % (7/30) contre 15,5 % (7/45) avant sensibilisation. De même, la proposition de rencontre avec l'équipe du Cocon a augmenté de plus de 5 points de pourcentage. Aucun signalement n'a été effectué lors des deux périodes d'inclusion.

L'évolution de l'orientation des patientes après le passage aux urgences était significative, avec notamment une tendance à l'augmentation de la mise à l'abri en lit de maternité des femmes victimes de VC, passant de 6,6 % sur la première période à 10 % sur la seconde. Parallèlement, on observe un équilibre entre hospitalisation et

retour à domicile : lors de la première période, la proportion d'hospitalisations était plus élevée (31,1 % en services de médecine ou chirurgie et 2,2 % en UHCD), tandis qu'au cours de la seconde période, une proportion plus importante de patientes regagnait leur domicile (76,6 % contre 46,6 % auparavant).

En outre, aucune fugue n'a été rapportée lors de la seconde période d'inclusion.

I. Ressenti des soignants face aux questionnaire

Le taux de participation au questionnaire (Annexe 1) avant la phase de sensibilisation était de 31 personnes, dont 20 (64 %) externes, 4 (12 %) internes et 7 (22,6 %) médecins séniors.

Parmi les 31 répondants, 87 % estimaient pertinent d'effectuer un dépistage systématique des VC aux urgences, 3 personnes étaient indécises et une seule personne jugeait ce dépistage non pertinent.

Question	Oui	Non	Ne sais pas
Le dépistage des VC est-il pertinent aux SAU ?	27	1	3
Avez- vous déjà pris en charge une femme victime de VC ?	22	9	-
➤ Si oui , découvert en posant la question ?	6	16	-
➤ Si oui , à l'aise dans la prise en charge ?	7	15	-
Le dépistage systématique améliorerait qualité des soins ?	29	0	2
Situation où le dépistage systématique des VC aurait pu aider ?	15	8	8
Vous sentez vous formé(e)?	9	22	-

Tableau 7 : Réponses au questionnaire adressé aux médecins des urgences concernant leur ressenti par rapport au dépistage des VC.

Quand on s'intéresse à l'expérience des répondants, on constate que 70 % des soignants ont déjà pris en charge une femme victime de VC, contre 30 % qui n'ont jamais été confrontés à cette situation. Parmi les 22 personnes ayant répondu positivement, seulement 6 ont découvert la situation en posant directement la question. En ce qui concerne l'aisance dans la prise en charge, 7 se sont sentis à l'aise, contre 15 qui ne l'étaient pas.

L'opinion des soignants interrogés sur le dépistage systématique était très largement partagée, en effet 93,5 % des répondants estimaient qu'un dépistage systématique améliorerait la qualité des soins. Seules deux personnes étaient indécises quant à la question. De plus 48 % des soignants avaient été confrontés à une situation où un dépistage systématique aurait pu aider à identifier des violences passées inaperçues.

Cependant on note que seuls 9 répondants se sentaient suffisamment formé pour réaliser ce dépistage.

À la question « Vous arrive-t'il régulièrement de suspecter des VC ? », les trois quarts des personnes interrogées rapportaient ne suspecter ces violences que rarement. Sept des répondants les suspectaient souvent et une seule personne ne les suspectait jamais.

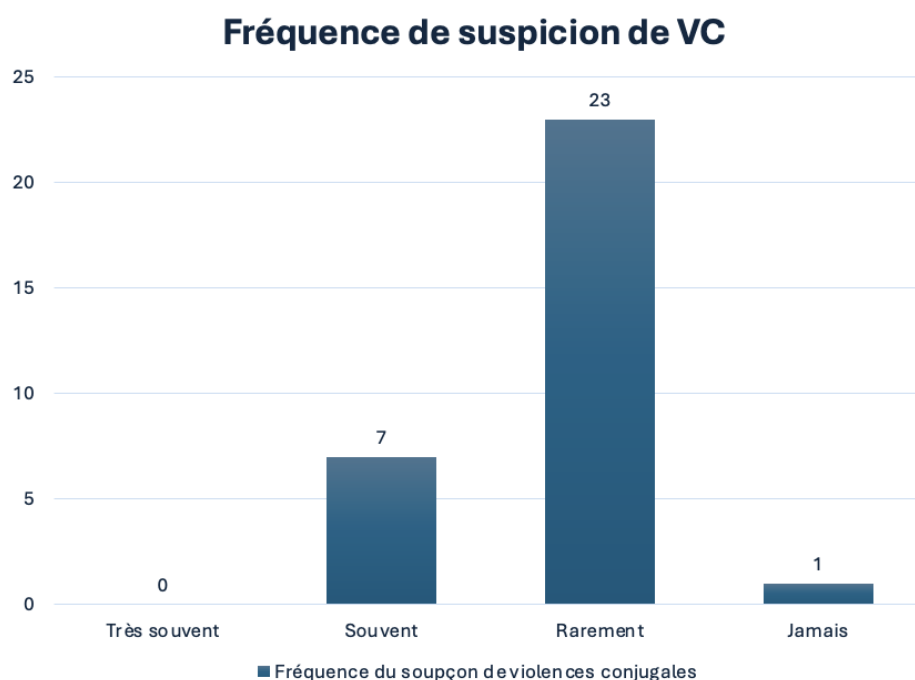


Figure 12 : Diagramme sur la fréquence du soupçon de VC par les médecins des urgences.

À la question portant sur les freins au dépistage systématique des violences conjugales, les réponses recueillies présentaient des similitudes notables et pouvaient se résumer comme suit :

Tout d'abord cela concernait l'organisation et le contexte des urgences, avec notamment un manque de temps, un rythme soutenu ne permettant pas un temps d'écoute satisfaisant si la réponse s'avérait positive ainsi qu'un manque d'intimité lors de l'interrogatoire avec des salles d'examen souvent non adaptées (plusieurs personnes dans une même pièce).

Il ressortait un manque de formation et de réflexes, avec l'oubli de poser la question, le sujet des VC qui n'est que peu enseigné à la faculté dans l'examen type des patients, mais aussi la méconnaissance des moyens d'action si la réponse est

positive.

On retrouvait également, la crainte d'altérer la prise en charge si la question était mal acceptée par la patiente.

Enfin, des facteurs personnels pouvaient intervenir : un sujet jugé tabou, la peur de ne pas savoir trouver « les bons mots » et la peur du sentiment d'impuissance face à une réponse positive.

Pour qualifier leur ressenti face à ce sujet, les soignants ont principalement employé les termes suivants :



Figure 13 : nuage de mots sur le ressenti des médecins face aux VC.

4) DISCUSSION

Les violences conjugales représentent un enjeu majeur de santé publique, particulièrement visible aux urgences où les patientes victimes se présentent fréquemment avec des traumatismes. Les données épidémiologiques récentes confirment la prévalence élevée de ce phénomène, renforçant la nécessité d'un dépistage systématique. Dans ce contexte, les résultats de cette étude confirment notre hypothèse principale : une sensibilisation, même brève, des médecins urgentistes permet une augmentation significative du taux de dépistage des violences conjugales. Toutefois, en chiffres absolus, le dépistage systématique est peu appliqué par les médecins des urgences (71/1240 lors de la deuxième période), malgré la demande explicite de le réaliser et la mise à disposition d'outils pratiques (Annexe 2), ainsi que la possibilité de s'appuyer sur une équipe ressource, le Cocon. Les professionnels interrogés semblaient pourtant en principe largement favorables à ce dépistage systématique.

Un point important ressort de cette étude, qui n'avait pas été anticipé initialement : le rôle complémentaire de l'équipe de psychiatrie dans le dépistage. La légère réduction du dépistage par cette équipe après sensibilisation des médecins aux urgences pourrait suggérer une amélioration du repérage initial par les urgentistes, valorisant ainsi l'effet concret de la formation. L'importance d'inclure tous les professionnels concernés dans les programmes de sensibilisation réside à la fois dans la nécessité d'assurer une cohérence interdisciplinaire et dans l'opportunité de bénéficier de l'expertise spécifique de certains acteurs, notamment pour l'évaluation des antécédents traumatiques et l'accompagnement des patientes.

À propos des caractéristiques des femmes dépistées, elles semblaient similaires dans la majorité des points. Les motifs d'entrée étaient significativement différents entre les deux phases, avec des causes somatiques plus fréquentes en phase 2 et des motifs psychosociaux moins représentés. Nous n'expliquons pas cette variation, qui pourrait être simplement liée à un échantillonnage trop faible.

On observe une diminution significative de la proportion de patientes présentant un comportement agressif parmi celles dépistées en seconde période. Cela pourrait traduire une meilleure écoute ou une maîtrise plus adaptée de l'entretien après sensibilisation. Toutefois, un biais de sélection ne peut être exclu : les situations perçues comme plus complexes, notamment en cas d'agressivité, ont pu être moins souvent dépistées.

Une étude complémentaire, menée sur un effectif plus important, permettrait d'affiner l'analyse de cette variable.

Dans les deux phases, les femmes enceintes représentaient respectivement 2 et 1,9 % des populations étudiées. Cependant aucune femme enceinte n'a été dépistée en première phase, et seulement 2 en seconde phase. Or, on sait que la grossesse et le post-partum sont des périodes à risque d'apparition ou d'aggravation des violences au sein du couple pour lesquelles le repérage doit être systématique (14). La sensibilisation des soignants nécessiterait donc de s'y attarder davantage.

Enfin, il ressort qu'aucune patiente avec une barrière de la langue n'a été dépistée. La barrière linguistique apparaît donc comme un obstacle au dépistage, sans doute sous-estimé. Il serait pertinent de développer des outils linguistiques adaptés et

de sensibiliser davantage les soignants à ce biais, afin de garantir une prise en charge équitable et adaptée à ces patientes dont l'expression est encore plus limitée.

Au sujet des caractéristiques des médecins ayant réalisé le dépistage, il n'existe aucune différence significative de grade ou de genre entre les deux phases. Néanmoins, de façon générale sur les deux périodes réunies, les femmes dépistent davantage que les hommes, ce qui pourrait s'expliquer par une proximité plus importante avec les patientes, ou une expérience personnelle similaire.

Cette tendance, corroborée par la littérature, invite à mobiliser deux axes dans les formations : valoriser les pratiques féminines tout en rassurant et formant spécifiquement les hommes pour lever leurs freins.

Quant au grade du médecin, la distribution des dépistages passe d'une plus forte implication des externes vers une implication accrue des séniors. Là encore, cette tendance peut soit traduire une plus forte implication des médecins titulaires après la sensibilisation, soit des changements organisationnels.

Les caractéristiques des victimes de VC observées dans notre étude, avant comme après sensibilisation, apparaissent cohérentes avec les données nationales. L'âge des patientes correspond aux descriptions issues des enregistrements de la police et de la gendarmerie (9), la majorité ayant entre 20 et 45 ans. Aux urgences, les victimes de VC présentent généralement moins de signes de gravité immédiate (39), dans cette étude elles étaient majoritairement classées en score de gravité 3B ou 4 à l'entrée.

Concernant les types de violences, la prédominance de la violence physique rejoint les données nationales (9). On pouvait également supposer une hausse du dépistage des violences "non visibles" avec la sensibilisation, ce qui n'a pas été observé ici, soulignant une limite pouvant être liée à l'échantillon réduit.

La baisse du taux de dépistage positif en phase 2, concomitante avec l'augmentation du dépistage global, illustre un effet attendu : en interrogeant plus largement, la proportion de réponses négatives augmente mécaniquement. Ce phénomène correspond à un effet de dilution. Ce constat souligne néanmoins l'importance d'un dépistage élargi et systématique, afin de ne pas passer à côté de victimes moins évidentes.

S'agissant du devenir des femmes ayant affirmé l'existence de violences, il n'y a pas eu de différence significative concernant la prise en charge aux urgences. Néanmoins, il semble y avoir une tendance à une proposition plus fréquente de rencontre avec l'équipe du Cocon. Par rapport à leur orientation, on note un retour à domicile plus fréquent des patientes dépistées, ce qui pourrait s'expliquer par une meilleure connaissance des dispositifs de suivi proposés à l'hôpital. Aucune femme n'est partie des urgences sans attendre la fin de prise en charge dans la seconde phase de l'étude, cela pourrait révéler qu'elles se sentaient mieux accompagnées. L'absence de signalement peut soit traduire une absence de danger immédiat pour les femmes dépistées positivement, soit un défaut de traçabilité, ou encore une appréhension des soignants à engager cette démarche, qui peut être perçue comme complexe et chronophage.

Au sujet du questionnaire distribué aux soignants en début d'étude : la quasi-totalité des répondants était favorable à la réalisation du dépistage systématique, néanmoins, deux tiers d'entre eux se sentaient mal à l'aise de poser la question et se s'estimaient insuffisamment formés. Les freins identifiés dans le questionnaire adressé aux soignants rejoignent ceux décrits dans la littérature. Notamment l'inconfort dans le questionnement, l'incertitude quant à la prise en charge en cas de dépistage positif (28)(29)(30)(31)(32). Il aurait été pertinent de mettre en place un second questionnaire à la fin de la seconde période car il aurait pu permettre de mieux comprendre les raisons pour lesquelles ce dépistage n'a pas été systématiquement réalisé, alors même que des outils et ressources avaient été mis à disposition. Ce recueil aurait permis d'évaluer si la sensibilisation avait modifié la perception des freins, ou renforcé le sentiment de compétence dans la prise en charge.

Il ressortait cependant un frein que nous n'avions pas lu dans la littérature, peut-être plus spécifique à l'organisation architecturale des urgences de l'hôpital Saint Vincent : le manque d'intimité, lié au fait que les patients sont parfois interrogés dans un espace ouvert, cela nous rappelle que les conditions matérielles et organisationnelles sont des leviers essentiels à optimiser

Sur le plan méthodologique, la taille des populations incluses et la comparabilité entre les phases assurent une bonne validité interne, tandis que la validité externe est renforcée par la concordance de nos résultats avec les données de la littérature.

Néanmoins, plusieurs limites doivent être soulignées. Un biais de déclaration est possible, dans la mesure où le dépistage repose sur sa transcription dans le dossier médical : il est envisageable qu'un professionnel de santé n'ait pas noté un dépistage, en particulier lorsqu'il était négatif, entraînant ainsi une sous-estimation. Ce biais peut

également concerner d'autres variables déclaratives (grossesse en cours, agressivité, barrière linguistique, consommation de toxiques).

De plus, bien que le nombre total de patientes incluses soit conséquent, le nombre relativement faible de dépistages réalisés limite la robustesse des analyses portant spécifiquement sur cette population. Ces résultats demeurent insuffisants pour fonder des conclusions définitives.

Ces éléments plaident en faveur de la réalisation d'études complémentaires, idéalement multicentriques, menées sur des effectifs plus importants et sur une période d'observation prolongée, afin de confirmer et d'enrichir nos observations.

Cela soulève aussi la question des limites de notre travail : il serait judicieux d'envisager que la sensibilisation soit répétée à intervalles réguliers et qu'elle prenne la forme d'une intervention plus approfondie que la séance brève initialement proposée. À la lumière des résultats présentés, il paraît également pertinent d'inclure dans les formations l'équipe de psychiatrie, qui joue un rôle clé dans le dépistage.

Concernant les freins rapportés par les soignants, plusieurs axes d'optimisation peuvent être envisagés : garantir une intimité suffisante lors des consultations, ainsi que sensibiliser les équipes aux bénéfices du dépistage en termes de fluidité de la prise en charge, notamment en insistant sur le fait que notre étude montre une diminution du temps de passage aux urgences des patientes dépistées et non pas une augmentation. De plus, un protocole de prise en charge est déjà en place aux urgences, et le rappel régulier de son existence pourrait favoriser son utilisation.

Enfin, les soignants ont également exprimé un oubli fréquent de poser la question du dépistage lors de l'interrogatoire. Étant donné que les dossiers sont informatisés, l'ajout d'un encart spécifique dans la rubrique des antécédents permettrait un rappel systématique, facilitant ainsi la réalisation régulière de cette démarche clinique.

Une piste d'amélioration tangible existe déjà au sein de l'institution. Le dernier COPIL du Cocon a mis en lumière une nette augmentation du nombre de patientes prises en charge, tant par l'équipe mobile que par l'hôpital de jour, entre 2024 et 2025. Par ailleurs, un médecin et une psychologue ont rejoint l'équipe en début d'année 2025, accompagnés de deux secrétaires à temps plein. L'assistante sociale du Cocon a également obtenu cette année son Diplôme Universitaire « Approche Pluridisciplinaire des Violences Conjugales » (DU APVC), et l'institution s'engage à financer chaque année la formation de deux soignants volontaires à ce diplôme. Grâce à cette équipe plus complète et formée, une formation de trois heures est désormais proposée mensuellement à l'ensemble des soignants de l'établissement, depuis octobre 2025 et jusqu'au début de l'année 2026. Lors de ce COPIL, une réflexion a également été engagée en faveur d'une formation plus courte, d'environ une heure, destinée à chaque nouveau semestre d'internes, laquelle pourrait également être intégrée à l'enseignement des externes à l'Université Catholique de Lille.

5) CONCLUSION

Cette étude montre qu'une sensibilisation, même brève, des soignants peut améliorer le dépistage des VC aux urgences. Si le taux reste encore insuffisant, ces résultats confirment l'importance de poursuivre les actions de formation et de mettre en place des protocoles facilitant l'intégration de ce dépistage dans la pratique quotidienne. Les limites de notre travail, notamment le faible nombre de dépistages positifs et le risque de biais déclaratifs, soulignent la nécessité d'études multicentriques et de plus grande ampleur.

Bien que notre travail se soit focalisé sur les violences conjugales faites aux femmes, qui représentent la majorité des situations, il est indispensable de rappeler que les hommes peuvent également en être victimes et devraient tout autant bénéficier d'un dépistage et d'une prise en charge adaptés.

6) ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de ressenti du soignant face au dépistage distribué en phase 1

La violence conjugale désigne les violences physiques, psychologiques, sexuelles, économiques ou verbales exercées par un partenaire ou ex-partenaire au sein d'un couple, qu'il soit marié, pacsé ou en concubinage. Ces violences peuvent toucher tous les milieux sociaux et ont des conséquences graves sur les victimes, notamment sur leur santé physique et mentale.

En 2022, près de 208 000 victimes de violences conjugales ont été recensées par la police et la gendarmerie, dont environ 87 % étaient des femmes.

Chaque année, environ 120 femmes sont tuées par leur partenaire ou ex-partenaire en France. On estime que 1 femme sur 10 est victime de violences conjugales au cours de sa vie.

Ces chiffres soulignent l'ampleur de ce phénomène, qui doit constituer une priorité de santé publique en France.

Voici un questionnaire rapide permettant de faire un état des lieux du ressenti du personnel médical concernant le dépistage des femmes victimes de violences conjugales aux urgences, ainsi que des freins pouvant exister.

1. Êtes-vous : Sénior/Interne/Externe ?
2. Pensez-vous que les urgences sont un lieu pertinent pour effectuer un dépistage systématique des violences conjugales ? Oui/Non/Je ne sais

pas

3. Aux urgences, à votre connaissance, avez-vous déjà pris en charge en une femme victime de violences conjugales ? Oui / Non
 - a. Si oui
 - i. L'avez-vous découvert en posant la question ? Oui/Non
 - ii. Étiez-vous à l'aise avec la prise en charge spécifique ?
Oui/Non
4. Vous arrive-t-il de suspecter des violences conjugales chez vos patientes ? Très souvent/Souvent/Rarement/Jamais
5. Pensez-vous qu'un dépistage systématique pourrait améliorer la qualité des soins apportés aux victimes de violences conjugales ? Oui/Non/ Je ne sais pas
6. Avez-vous déjà rencontré une situation où un dépistage systématique aurait pu aider à identifier des violences conjugales passées inaperçues ? Oui / Non / Je ne sais pas
7. Vous sentez-vous suffisamment formé(e) pour dépister les violences conjugales de manière systématique ? Oui/Non
8. Selon vous quels sont les freins au dépistage systématique ? (Mots clés)
9. En un mot comment décririez-vous votre ressenti face à la prise en charge d'une femme victime de violence ? (Mots clés)

Annexe 2 : Documents explicatifs mis à disposition dans le service pour la prise en charge en cas de réponse positive au dépistage



EXAMEN CLINIQUE

✂ **outil 1** un examen clinique avec tous les points clefs à réaliser se trouve dans les favoris "Violence conjugale"

Il doit être précis, descriptif

Si possible joindre les photos dans le dossier

Dire à la patiente que les données seront gardées informatiquement et qu'elle peut venir chercher un duplicata quand elle le souhaite

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL

✂ **outil 2** un certificat à remplir se trouve dans les modèles de courrier de sortie sous le nom "Certificat médical initial sans ITT - Violences conjugales"

Qui doit être fait par le médecin ayant examiné la patiente aux urgences qu'elle sorte des urgences ou qu'elle soit hospitalisée

Le certificat se fait sans ITT



PROPOSER LE PASSAGE DE L'EQUIPE COCON

Composée d'une assistante sociale, d'une sage femme et d'une psychologue.

Permet à la patiente des consultations pluridisciplinaires : l'aider d'un point de vu social (hébergement, emploi), judiciaire, psychologique...

Si la patiente accepte :

- En journée : appeler l'équipe au 84547 ☎
- En nuit / weekend : envoyer un mail lecocon@ghicl.net ✉
- S'assurer de bien avoir un numéro de téléphone où seule la patiente répondra et le noter dans le dossier

Si la patiente refuse : lui dire qu'elle peut changer d'avis et les recontacter quand elle le souhaite, lui donner la **plaquette informative** (en fin de classeur) ①

① **Plaquette informative en fin de classeur**

QUE FAIRE FACE À UNE FEMME VICTIME DE VIOLENCES ?



EXAMEN CLINIQUE

✂ **outil 1**

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL

✂ **outil 2**

+++ Détaillé +++



PROPOSER LE PASSAGE DE L'EQUIPE COCON

☎ 84547 ✉ lecocon@ghicl.net

ou DE L'ASSISTANTE SOCIALE (en cas d'absence)

☎ 87690 ✉ vandenabeele.pauline@ghicl.net



PROPOSER A LA PATIENTE DE RENCONTRER L'EQUIPE PSY UAMP

☎ 87679



CONSEILLER A LA PATIENTE DE PORTER PLAINTE

☎ 17



ORIENTER LA PATIENTE VERS L'UMJ AU CHRU LILLE - Hôpital Salengro

☎ 0320446646

rdv en ligne sur doctolib sur le site du CHR en tapant UMJ CHR LILLE sur google



SIGNALEMENT AU PROCUREUR EN CAS DE PARTICULIÈRE GRAVITÉ

✂ **outil 3**



LUI PROPOSER UN HEBERGEMENT A L'HÔPITAL en lit de maternité

☎ 83042 / 83043 / 83044



CONSEILLER A LA PATIENTE DE PORTER PLAINTE

Si la patiente le souhaite, on peut contacter directement le 17 certaines équipes acceptent de se déplacer à l'hôpital. Sinon voir avec eux s'ils peuvent venir la chercher.

Si elle le souhaite, on peut lui proposer un transport jusqu'au commissariat.

Attention :

Mieux vaut une patiente qui se rend à l'UMJ ou qui est suivie socialement qu'une patiente qui porte plainte sans être préparée à son retour à domicile.

Ne pas limiter notre examen clinique à la plainte. L'important est qu'elle se sent entourée.



SIGNALEMENT AU PROCUREUR EN CAS DE PARTICULIERE GRAVITE

PARTICULIERE GRAVITE

PERSONNE VULNERABLE

personne mineure, en incapacité de se protéger de part un handicap mental ou physique, état de grossesse connu de l'agresseur

ou

DANGER IMMEDIAT + EMPRISE

il s'agit d'un ensemble de critères réunis que l'on peut retrouver dans le vade-mecum violences conjugales "Critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise".



outil 3

Vade-mecum violences conjugales

Critères d'évaluation du danger immédiat et de l'emprise

Vous permettra d'établir une liste de critères en faveur du danger imminent et de l'emprise, il n'y a pas de règle précise, c'est un outil qui permet d'argumenter pour chacun des critères. Dans tous les cas, il vaut mieux valider avec un médecin légiste ou l'assistante sociale.



outil 3

LES FAISCEAUX D'INDICES CONCORDANTS ISSUS DE LA JURISPRUDENCE CONCERNANT LE DANGER IMMEDIAT OU IMMINENT

01

La patiente a des blessures pouvant être liées à des sévices, des mauvais traitements ou se scarifie

02

Le couple est en période de séparation (avant, pendant, après)

13

Le partenaire a déjà prononcé des menaces de mort vis-à-vis du patient ou de ses proches

03

Le patient est dans un état dépressif

12

Les violences s'accroissent en intensité et en fréquence

04

La patiente est enceinte ou en couches

11

Les forces de l'ordre ou les services de secours sont intervenus au domicile pour des violences de couple

06

Le partenaire est détenteur d'armes

10

Le partenaire est connu pour déjà avoir commis des violences de couple

07

Le partenaire souffre de certaines pathologies psychiatriques

09

Le partenaire fait un chantage au suicide

08

Le partenaire est connu pour ses comportements violents

LES FAISCEAUX D'INDICES CONCORDANTS ISSUS DE LA JURISPRUDENCE CONCERNANT L'EMPRISE.

01

Dévaloriser et dégrader l'estime de soi et l'identité du sujet

02

Isoler ou éloigner des proches, isoler socialement

12

L'expression de signes d'anxiété, de dépression et de fatalisme

03

Une relation exclusive et élective qui crée des manques et des frustrations

11

Le sentiment d'isolement et d'abandon

04

L'intimidation par des menaces des actes des paroles allant jusqu'à la terreur

10

L'expression de peur pour soi ou pour ses proches (notamment quand il y a des enfants)

05

Harcèlement de toute sorte

09

Le sentiment d'insécurité ou de terreur

06

Le contrôle allant de la surveillance à l'aliénation

08

Rendre coupable - manipuler et faire du chantage notamment au suicide

07

Conditionner et résigner l'autre à l'impuissance et à la fatalité de sa condition

S'il s'agit d'une situation d'une particulière gravité un signalement doit être effectué, avec ou sans accord de la patiente, en l'en informant.

- **EN JOURNÉE** : appeler l'équipe **COCON** ou l'assistante sociale du service pour nous aider à faire la démarche. (+/- médecin légiste du CHRU pour aide)

☎ 84547 ou 87690

- **EN NUIT** : appeler le **médecin légiste d'astreinte du CHRU de Lille** pour discuter du cas avec lui et de la nécessité de signalement.

☎ 0320445962

demandez médecin légiste d'astreinte

Il s'agit d'une démarche juridique, nous ne sommes pas habitués à la réaliser, se faire aider est nécessaire car une démarche mal réalisée peut être délétère pour nous et pour la patiente.

EN PRATIQUE COMMENT FAIRE ?

Envoyer un mail au Procureur de la République : mail sera joint ici

Objet : "URGENT - VIOLENCE CONJUGALE"

Contenu :

Feuille de signalement



outil 4

Feuille de signalement au procureur, à remplir et joindre au mail



outil 4

SIGNELEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE CONCERNANT UN MAJEUR VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES DANS LE CADRE DU 3° DE L'ARTICLE 226-14 DU CODE PÉNAL

L'article 226-14 du code pénal n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 133-90 du présent code, lorsque il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celui-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'indiquer au signalement fait au procureur de la République »

1. AUTEUR DU SIGNELEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

Nom et Prénom	
Profession	
Adresse	
Téléphone	
E-mail	

2. PERSONNE CONCERNÉE

NOM et Prénom	Nom d'usage	
Date de naissance	Lieu de naissance	
Situation familiale		
Adresse		
Téléphone	E-mail	
Présence d'enfants à charge	☐ non	Agée
	☐ oui, nombre :	

3. ÉLÉMENTS DE LA SITUATION AMENANT LA TRANSMISSION AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

a) Faits ou commémoratifs

La personne déclare avoir été victime le (date ou période de temps) à (lieu)

de :

et :

Accord donné au signalement par la personne

La personne a-t-elle donné son accord au présent écrit ?

☐ Oui

☐ Non

Délivrance de l'information du signalement à la personne.

Date et signature

- Signalement à transmettre au Procureur de la République selon circuit joint à la présente.

**Annexe 3 : QR code de la vidéo envoyée sur les réseaux de communication
(médecin, interne, externe)**



Réalisation : Marie RODRIGUES GREGORIO

**Annexe 4 : Extraits du Vademecum sur les faisceaux d'indices concordants
concernant le danger immédiat ou imminent, ainsi que ceux de l'emprise
pouvant être subie par la victime.**

LES FAISCEAUX D'INDICES CONCORDANTS ISSUS DE LA JURISPRUDENCE
CONCERNANT LE DANGER IMMÉDIAT OU IMMINENT

01

La patient a des blessures pouvant êtres liées à des sévices, des mauvais traitements ou se scarifie

02

Le couple est en période de séparation (avant, pendant, après)

13

Le partenaire a déjà prononcé des menaces de mort vis-à-vis du patient ou de ses proches

03

Le patient est dans un état dépressif

12

Les violences s'augmentent en intensité et en fréquence

04

La patiente est enceinte ou en couches

05

Le partenaire a des addictions

11

Les forces de l'ordre ou les services de secours sont intervenus au domicile pour des violences de couple

06

Le partenaire est détenteur d'armes

10

Le partenaire est connu pour déjà avoir commis des violences de couple

07

Le partenaire souffre de certaines pathologies psychiatriques

09

Le partenaire fait un chantage au suicide

08

Le partenaire est connu pour ses comportements violents

LES FAISCEAUX D'INDICES CONCORDANTS
ISSUS DE LA JURISPRUDENCE CONCERNANT L'EMPRISE.

01

Dévaloriser et dégrader l'estime de soi et l'identité du sujet

02

Isoler ou éloigner des proches, isoler socialement

12

L'expression de signes d'anxiété, de dépression et de fatalisme

03

Une relation exclusive et élective qui crée des manques et des frustrations

11

Le sentiment d'isolement et d'abandon

04

L'intimidation par des menaces des actes des paroles allant jusqu'à la terreur

05

Harcèlement de toute sorte

10

L'expression de peur pour soi ou pour ses proches (notamment quand il y a des enfants)

06

Le contrôle allant de la surveillance à l'aliénation

09

Le sentiment d'insécurité ou de terreur

07

Conditionner et résigner l'autre à l'impuissance et à la fatalité de sa condition

08

Rendre coupable - manipuler et faire du chantage notamment au suicide

7) BIBLIOGRAPHIE

1. WHO -Violence à l'encontre des femmes. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. HAS repérage des femmes victimes de violences conjugales- 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf
3. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes | Arrêtons les violences. Disponible sur: https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes#lobservatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes1
4. Organisation mondiale de la santé, éditeur. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
5. OHCHR. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes - ONU. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
6. Bureau des Traités - www.coe.int - Istanbul 11/05/2011 - Traité ouvert à la signature des Etats membres, des Etats non membres qui ont participé à son élaboration et de l'Union européenne, et à l'adhésion des autres Etats non-membres. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list>
7. Femmes et hommes face à la violence - Insee Première. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280920#consulter>
8. Bradley NL, DiPasquale AM, Dillabough K, Schneider PS. Responsabilité des professionnels de la santé dans le dépistage de la violence conjugale en temps de pandémie de COVID-19. Can Med Assoc J. 9 nov2020;192(45):E1434-6.
9. Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2023 | ministère de l'Intérieur. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/communiqués-de-presse/violences-conjugales-enregistrees-par-services-de-securite-en-2023>
10. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes | Arrêtons les violences. Disponiblesur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes>
11. 06-12-2024-etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-2023-V2.pdf Disponible sur :<https://www.interieur.gouv.fr/sites/minint/files/medias/documents/2024-12/06-12-2024-etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-2023-V2.pdf>
12. Voyer M, Delbreil A, Senon JL. Violences conjugales et troubles psychiatriques. InfPsychiatr. 2014 ;90(8):663-71.
13. Revue de la gendarmerie nationale juin 2019.
14. Grossesse_vulnerabilite_fiche_violence_couple_cd_2024_01_11_vd.pdf Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/reco411_grossesse_vulnerabilite_fiche_violence_couple_cd_2024_01_11_vd.pdf
15. SPF. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. Numéro thématique. Violences au sein du couple. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/estimation-du-cout-des-violences-au-sein-du-couple-et-de-leur-incidence-sur-les-enfants-en-france-en-2012-synthese-de-la>

troisieme-etude-francais

16. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health Care Utilization and Costs Associated with Physical and Nonphysical-Only Intimate Partner Violence. *Health Serv Res*. 2009 ;44(3):1052-67.
17. Paragraphe 2 : Des violences (Articles 222-7 à 222-16-3) - Légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000051876328/2025-07-11>
18. Article 222-33-2-1 - Code pénal - Légifrance . Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193490 ?
19. Page d'accueil | Arrêtons les violences. Disponible sur : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>
20. Ma Sécurité | Ma Sécurité . Disponible sur : <https://www.masecurite.interieur.gouv.fr/fr>
21. Article 226-14 - Code pénal - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049532171 ?
22. Secret médical et violences au sein du couple | ministère de la Justice 2020. Disponible sur : <https://www.justice.gouv.fr/actualites/espace-presse/secret-medical-violences-au-sein-du-couple>
23. Jaspard M. L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) : Historique et contextes.
24. info.gouv.fr. Un Grenelle et des mesures fortes contre les violences conjugales. Disponible sur : <https://www.info.gouv.fr/actualite/un-grenelle-et-des-mesures-fortes-contre-les-violences-conjugales>
25. LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales - Dossiers législatifs - Légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000041502001/>
26. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
27. [synthese_enquete_bva-has_-_violences_conjugales_-_novembre_2022_-_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/synthese_enquete_bva-has_-_violences_conjugales_-_novembre_2022_-_vf.pdf) . Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/synthese_enquete_bva-has_-_violences_conjugales_-_novembre_2022_-_vf.pdf
28. Beynon C, Tutty L, Wathen C, MacMillan H. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: A survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 1 févr 2007 ;7:12.
29. Deparis N, Rudelle K, Lévêque C, Fréminville H de, Bœuf-Gibot S, Lambert C, et al. Attentes des femmes victimes de violences conjugales envers leur Médecin Généraliste (AVIC-MG), une étude descriptive. *Santé Publique*. 27 juin 2024;36(3):49-56.
30. Elezovic J, Erb I. Le dépistage systématique des femmes victimes de violences domestiques dans les services de premiers recours. 2024; Disponible sur: <https://folia.unifr.ch/global/documents/330671>
31. Signalement des violences entre partenaires intimes : opinions et considérations éthiques et pratiques des médecins généralistes, enquête qualitative - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03371924>
32. La revue francophone de médecine générale. Disponible sur : https://www.exercer.fr/full_article/219
33. HAS [outil_daide_au_reperage_des_violences_conjugales.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-). Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022->

11/outil_daide_au_reperage_des_violences_conjugales.pdf

34. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire - Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool). Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/2/2021_2_2.html

35. fiche_presentation_kit_anna_.pdf. Disponible sur : https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/fiche_presentation_kit_anna_.pdf

36. Bailly C. Prise en charge des victimes de violences conjugales aux urgences : évaluation des pratiques professionnelles et mise en place d'une plateforme hospitalière pluridisciplinaire au service d'accueil des urgences de La Timone. 7 oct2021 ;60.

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

38. 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.

39. Raux C. Caractéristiques des victimes de violences conjugales s'étant présentées au CHU de Toulouse en 2013. Étude comparative.

AUTEUR(E) : Nom : RODRIGUES GREGORIO

Prénom : Marie

Date de soutenance : 08 Octobre 2025

Titre de la thèse : Dépistage systématique des violences conjugales aux urgences : impact d'une sensibilisation des médecins.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Urgence

DES + FST/option : Médecine d'urgence

Mots-clés : Dépistage, Violences conjugale, Sensibilisation

Résumé :

Contexte et objectifs : Les violences conjugales (VC) représentent un enjeu de santé publique, avec des conséquences physiques, psychologiques et économiques importantes. Malgré les recommandations de dépistage systématique, celui-ci reste rare aux urgences. L'objectif principal était de mesurer l'effet d'une sensibilisation des urgentistes sur le taux de dépistage systématique des VC. Les objectifs secondaires étaient de comparer le taux de dépistage positif entre les deux périodes d'inclusion, d'analyser le profil des médecins ayant réalisé ces dépistages et les prises en charge proposées aux patientes dépistées positivement, enfin d'évaluer le ressenti des médecins sur ce sujet.

Méthode : Étude observationnelle, rétrospective et monocentrique menée aux urgences de l'hôpital de Saint Vincent de Paul à Lille. Deux périodes ont été comparées : avant et après sensibilisation des soignants au dépistage des VC chez les femmes majeures consultants aux urgences. Le dépistage était considéré positif dès que la notion de VC était mentionnée dans le dossier médical. Les médecins ont répondu à un questionnaire sur leur ressenti.

Résultats : Parmi 2532 patientes incluses (1292 avant vs 1240 après), le taux de dépistage réalisé par les médecins des urgences a significativement augmenté, passant de 0,9% à 5,7% ($p < 0,001$). Le dépistage était le plus souvent effectué par des femmes ($> 80\%$) et de façon comparable par les internes et les médecins titulaires. Les violences rapportées étaient majoritairement physiques, fréquemment associées à des violences psychologiques. La proportion de dépistages positifs diminuait cependant en seconde période. La prise en charge variait peu entre les deux phases, à l'exception d'une augmentation des certificats médicaux de coups et blessures et des propositions de rencontre avec l'équipe du Cocon. Enfin, le questionnaire adressé aux médecins montrait une bonne acceptabilité du dépistage systématique des VC, mais mettait en évidence plusieurs freins : manque de temps, d'intimité, de formation et réticences personnelles.

Conclusion : Une sensibilisation améliore significativement le dépistage des VC aux urgences. Toutefois, le nombre absolu de dépistages réalisés reste faible (71/1240 patientes en 2^{de} période), ce qui souligne la nécessité de formations régulières et d'une meilleure intégration du dépistage dans les pratiques. Des études complémentaires semblent indispensables pour confirmer et approfondir ces résultats.

Composition du Jury :

Président : Professeur Éric WIEL

Assesseurs : Docteur Frédérique WAREMBOURG

Docteur Armeline TILMANT

Directeur de thèse : Docteur Juliette BOUQUILLON